

**Kinder mit geistiger Behinderung in Pflegefamilien -  
Eine explorative Studie aus der Perspektive von Pflegeeltern**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)  
der  
Erziehungswissenschaftlichen Fakultät  
der Universität Erfurt

vorgelegt von  
Anne-Kathrin Lang

Erfurt 2016

Erstes Gutachten: Prof. Dr. Harald Goll (Universität Erfurt)  
Zweites Gutachten: Prof. Dr. Rudolf Husemann  
Drittes Gutachten: PD Dr. Monika Lang (Universität Marburg)  
Tag der Disputation: 14.10.2016  
Datum der Promotion: 14.10.2016

URN: urn:nbn:de:gbv:547-201800461

## **Danksagung**

Nun, da diese Dissertation vorliegt, möchte ich allen Beteiligten danken, die mich unterstützt und zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben.

Besonderer Dank gilt meinem Betreuer und ersten Gutachter Prof. Dr. Harald Goll für seine konstruktive Unterstützung und stetige Ermutigung über all die Jahre hinweg. Immer wieder hat er mich dabei unterstützt, Struktur in meine Gedanken zu bringen und einen roten Faden zu behalten.

Danke an Prof. Dr. Rudolf Husemann für die dienliche Zusammenarbeit über Jahre hinweg und die schnelle Bereitschaft zur Begutachtung dieser Dissertation.

Besonderer Dank gilt den Pflegefamilien und insbesondere den Pflegemüttern, die mir als wertvolle Gesprächspartnerinnen für ein Interview zur Verfügung standen. Ohne sie, die offen über Ihre sehr persönlichen Erfahrungen berichtet haben, wäre diese Arbeit nicht realisierbar gewesen. Ich bin dankbar für die große Kooperationsbereitschaft, die herzliche Offenheit und das Vertrauen, das mir dabei in den Gesprächen entgegengebracht wurde. Das, was diese Familien mit Liebe, Herzblut und Leidenschaft leisten, zollt größten Respekt und Anerkennung.

Vor allem meine Familie war in den Jahren meines Vorhabens stets an meiner Seite. Danke, dass ihr über die Jahre hinweg diese Dissertation als festen Bestandteil unseres Alltags akzeptiert und mich begleitet habt.

Danke an meine Eltern, die in jeglicher Hinsicht die Grundsteine für meinen Weg gelegt haben. Papa, nun wünschte ich, du hättest diesen Tag erlebt.

Danke an meine Kinder für ihre Liebe, ihre Geduld und Unterstützung.

## **Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit analysiert die Situation von Pflegekindern mit geistiger Behinderung in Pflegefamilien aus der Perspektive von Pflegeeltern. Die besonderen Erfahrungen eines Pflegekindes und die Motivation der Pflegeeltern treffen beim Übergang von der Herkunftsfamilie in die Pflegefamilie aufeinander. Das Erleben der Pflegeeltern, in der Phase des Übergangs und noch Jahre danach stehen dabei im Mittelpunkt. Eine explizite Betrachtung von Pflegefamilien, die ein Kind mit geistiger Behinderung im Rahmen der Vollzeitpflege in die Familie aufgenommen haben, wurde bisher wenig in den Blickpunkt gerückt. Diese Arbeit soll Einblicke in die Thematik geben. In einer empirischen Untersuchung wurden Aspekte von Motivation, Elternschaft, Bedeutung von Behinderung und Bindung im Kontext der Aufnahme eines Pflegekindes mit geistiger Behinderung untersucht. Zur Bearbeitung der Forschungsfragen wurde ein exploratives Forschungsdesign gewählt. Mithilfe qualitativer Leitfadeninterviews wurden Pflegeeltern befragt. Die Auswertung der gewonnenen qualitativen Daten geschieht durch eine qualitative Inhaltsanalyse, insbesondere durch eine zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Studie versteht sich als eine explorative Studie zur Hypothesengenerierung und für weitere empirische Untersuchungen.

**Schlüsselwörter:** Erziehungswissenschaften, Sonderpädagogik, Behinderung, geistige Behinderung, Pflegekinder, Vollzeitpflege, Elternschaft, Familie

## Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	2
Zusammenfassung.....	3
1 Einleitung .....	6
2 Die Grundlagen der Pflegekinderhilfe .....	11
2.1 Strukturelle und rechtliche Aspekte der Pflegekinderhilfe .....	12
2.2 Entwicklung der Hilfen zur Erziehung in der Vollzeitpflege .....	14
2.3 Definition und rechtliche Rahmenbedingungen der Vollzeitpflege .....	20
3 Das Beziehungsgeflecht Herkunftsfamilie - Pflegekind - Pflegefamilie.....	30
3.1 Die Herkunftsfamilie .....	31
3.1.1 Lebenssituation und Lebensbedingungen von Herkunftsfamilien .....	31
3.1.2 Gründe für eine Fremdunterbringung von Kindern.....	36
3.1.3 Die Pflegefamilie und die Herkunftsfamilie .....	44
3.2 Das Pflegekind .....	49
3.2.1 Belastungserfahrungen von Pflegekindern vor der Fremdunterbringung.....	51
3.2.2 Bindungsverhalten und die Bedeutung der Bindungsentwicklung für Pflegekinder .....	59
3.2.2 Aufbau von Bindungsbeziehungen in Pflegefamilien .....	62
3.3 Die Pflegefamilie .....	65
3.3.1 Persönliche Voraussetzungen von Pflegefamilie .....	67
3.3.2 Erwartungen an die Pflegeeltern.....	70
3.3.3 Lebensbedingungen und Motivation von Pflegeeltern.....	73
4 Die Pflegefamilie als Gestaltungs- und Herstellungsleistung .....	77
4.1 Diversität von Familie und der Familienbegriff.....	77
4.2 Entkoppelung von biologischer und sozialer Elternschaft .....	80
4.3 „Doing family“ als Dimension in Pflegefamilien .....	82
5 Pflegefamilien mit Kindern mit (geistiger) Behinderung.....	87
5.1 (Geistige) Behinderung – Zur Komplexität eines Begriffs .....	87
5.2 Besondere Bedürfnisse von Kindern mit geistiger Behinderung in Pflegefamilien ...	93
5.3. Was Pflegefamilien leisten! – Besondere Herausforderungen von Pflegefamilien mit Kindern mit geistiger Behinderung.....	99
6 Die Durchführung der empirischen Untersuchung .....	103
6.1 Das forschungsmethodische Vorgehen .....	103
6.1.1 Das Leitfadeninterview .....	104
6.1.2 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	106

6.2 Die Durchführung und Aufbereitung der Interviews .....	111
6.2.1 Die Entwicklung eines Interviewleitfadens .....	111
6.2.2 Die Auswahl der Interviewpartner und Stichprobe .....	112
6.2.3 Die Durchführung der qualitativen Interviews .....	114
6.2.4 Die Datenaufbereitung und Transkription.....	117
6.2.5 Durchführung der Datenauswertung .....	118
6.2.6 Methodenreflexion .....	119
7 Analyse des Datenmaterials .....	121
7.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials.....	123
7.2 Einzelanalyse Familie A. ....	124
7.3 Einzelanalyse: Familie B. ....	129
7.4 Einzelanalyse Familie C.....	132
7.5 Einzelanalyse Familie D. ....	135
7.6 Einzelanalyse Familie E.....	141
7.7 Einzelanalyse Familie F.....	148
7.8 Einzelanalyse Familie G. ....	153
8 Ergebnisdarstellung und generalisierende Analyse.....	157
8.1 Vergleichende Betrachtung: Persönliches Profil der Pflegekinder.....	157
8.2 Vergleichende Betrachtung: Persönliches Profil der Pflegefamilien .....	160
8.3 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse anhand der Auswahlkriterien.....	163
8.3.1 Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung .....	163
8.3.2 Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme.....	169
8.3.3 Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben.....	174
8.3.4 Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ .....	178
8.3.5 Bindung zum Pflegekind .....	185
9 Zusammenfassung und Ausblick .....	189
Abkürzungsverzeichnis.....	198
Abbildungsverzeichnis .....	199
Literaturverzeichnis .....	200
Anhang .....	213

## 1 Einleitung

*Vor einigen Jahren sah ich eine Dokumentation<sup>1</sup> über einen kleinen Jungen, der in der 25. Schwangerschaftswoche abgetrieben werden sollte. Dieser Junge überlebte seine eigene Abtreibung. Er hat das Down-Syndrom und hätte es diesen dramatischen Geburtsverlauf nicht gegeben, dann wäre er wahrscheinlich ein „fittes Down-Kind“ geworden. Heute lebt er bereits seit über 18 Jahren in seiner Pflegefamilie, die ihm zu einer richtigen Familie und einem zu Hause wurde<sup>2</sup>. Damals in der Dokumentation sprachen seine Pflegeeltern davon, dass sie sich von Anfang an in diesen kleinen Jungen verliebt hatten. Und wie seine Augen sie so angeblitzt haben, da war ihnen klar, „dass ist unser Kind“. Mir gingen diese Worte der Pflegeeltern nicht aus dem Kopf. Ich, die ich selbst Pflegemutter eines Jungen mit geistiger Behinderung bin spürte plötzlich, dass es genau das ist. Auch ich habe mich damals in einen kleinen Jungen verliebt, der mich mit großen Augen ansah. Ich erlebte mütterliche Gefühle von Anfang an und war immer wieder konfrontiert mit der besonderen Lebensgeschichte meines Sohnes. Immer wieder stellte ich mir die Frage, wie sehr man sich eigentlich an ein Kind binden darf, dass im Grunde jederzeit wieder gehen könnte. Aus vielen Gesprächen mit Pflegeeltern erkannte ich Parallelen und erlebte, wie auch andere Pflegefamilien mit Kindern mit einer Behinderung ein vollkommen unaufgeregtes Leben miteinander lebten. Sie waren Familien, wie viele andere auch und trugen dennoch eine Verantwortung, die nicht als selbstverständlich zu betrachten ist. Ihre Pflegekinder wurden zu ihren Kindern und sie wurden Eltern, wurden Mama und Papa.*

Motiviert von diesen Erfahrungen erwuchs die Vorstellung, Pflegeeltern von Kindern mit geistiger Behinderung zu Wort kommen zu lassen. Berechtigt schien auch die Frage, an welcher Stelle Pflegekinder mit geistiger Behinderung und ihre Pflegeeltern bisher überhaupt eine besondere Beachtung fanden. Neuere Entwicklungen rücken Pflegekinder und ihre Geschwister in den Fokus oder auch gleichgeschlechtliche Paare in der Pflegekinderhilfe. Auch die Situation der

---

<sup>1</sup> „Er sollte sterben, doch Tim lebt. Eine Abtreibung und ihre Folgen“, Katholisches Filmwerk, 2005.

<sup>2</sup> vgl. Simone und Bernhard Guido (2015); beide haben ihrem Pflegesohn Tim zum 18. Geburtstag ein Buch gewidmet, in dem sie seine Lebensgeschichte erzählen.

minderjährigen unbegleiteten Flüchtlinge stellt eine besondere Herausforderung für die Pflegekinderhilfe dar und wird bereits als neues Thema analysiert.

In Bezug auf die in dieser Arbeit fokussierte Forschungsfrage zeichnet sich bei der Betrachtung des Datenmaterials und bei der Literaturrecherche ab, dass Kinder mit geistiger Behinderung in der Pflegekinderhilfe bisher wenig Beachtung finden. Auch in der Literatur gibt es nur geringfügige Informationen, welche sich auf Pflegekinder mit einer geistigen Behinderung beziehen. Diese Arbeit soll eine grundlegende Beschreibung darstellen. Sie fokussiert das Pflegekind mit einer geistigen Behinderung im Bezugsrahmen der Pflegefamilie<sup>3</sup>. Das Ziel der empirischen Untersuchung ist dabei das Gewinnen von Aussagen von Pflegeeltern, welche ein Kind mit geistiger Behinderung im Rahmen der Vollzeitpflege in ihre Familie aufgenommen haben. Deutlich wird, dass die zentrale Forschungsfrage nur durch eine eigene empirische Untersuchung beantwortet werden kann. Da die vorhandene Datenlage begrenzt ist, verfolgt die Arbeit hinsichtlich des Forschungsinteresses einen explorativen Ansatz. Explorative Untersuchungen, die sich qualitativer Methoden der Sozialforschung bedienen, eröffnen dabei die Möglichkeit, Licht in bisher wenig beleuchtete Themen zu bringen, Sachverhalte zu problematisieren und neue Erkenntnisse zu gewinnen. Die vorliegende Arbeit strebt somit einen eigenen Beitrag zur Aufklärung der bereits beschriebenen Erkenntnisdefizite an.

Im zweiten Kapitel werden im Rahmen der Annäherung an die Fragestellung Grundlagen der Pflegekinderhilfe erörtert (Kap. 2.1). Dabei stehen neben strukturellen und rechtlichen Aspekten der Pflegekinderhilfe (Kap. 2.2), der Entwicklung der Hilfen zur Erziehung in der Vollzeitpflege und der Definition und rechtlichen Bestimmung der Vollzeitpflege insbesondere Kinder mit Behinderungen im Blickpunkt (Kap. 2.3).

Im dritten Kapitel wird das durch die Situation der Inpflegenahme entstehende Beziehungsgeflecht zwischen Herkunftsfamilie, Pflegekind und Pflegefamilie

---

<sup>3</sup> Familie bezieht sich in diesem Verständnis auch auf Paare oder Einzelpersonen ohne Kinder, da diese in ihrem sozialen Kontext im Hinblick auf die Aufnahme eines Pflegekindes betrachtet werden.



beleuchtet. Kapitel 3.1 widmet sich dabei der Herkunftsfamilie und insbesondere deren Lebenssituation und deren Lebensbedingungen (Kap. 3.1.1). Weiterhin werden Gründe für eine Fremdunterbringung von Kindern (Kap. 3.1.2), sowie Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Herkunftsfamilien und Pflegefamilien betrachtet (Kap. 3.1.3). Kapitel 3.2 fokussiert dabei das Pflegekind, insbesondere in der Betrachtung von Belastungserfahrungen vor der Fremdunterbringung (Kap. 3.2.1). Zudem werden das kindliche Bindungsverhalten (Kap. 3.2.2) und die Bedeutung der Bindungsentwicklung für Pflegekinder auch im Hinblick auf den Aufbau von Bindungsbeziehungen in Pflegefamilien betrachtet (Kap. 3.2.3). Kapitel 3.3 richtet seinen Blick auf die Pflegefamilie und widmet sich sowohl den persönlichen Voraussetzungen von Pflegefamilien (Kap. 3.3.1) als auch den Erwartungen, die an sie gestellt werden (Kap. 3.3.2); sowie ihre Lebensbedingungen und ihre Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes (Kap. 3.3.3).

Das vierte Kapitel betrachtet die Pflegefamilie als Gestaltungs- und Herstellungsleistung im Kontext dessen, dass Familie entstehen und hergestellt werden kann. Vor dem Hintergrund einer sich im sozialen Aufbruch befindlichen Familie und einem stetigen Wandel von Lebensformen wird die Diversität der Familie und des Familienbegriffes deutlich (Kap. 4.1). Dieser Wandel von Familie spiegelt sich insbesondere auch in der Entkoppelung von biologischer und sozialer Elternschaft wieder, dessen Bedeutung beleuchtet wird (Kap. 4.2). „Doing family“ stellt damit eine Dimension in Pflegefamilien dar, die sowohl Prozesse alltäglicher Fürsorgeleistungen, aber auch Interaktionen umfasst und in diesem Kontext eingebettet werden (Kap. 4.3).

Im fünften Kapitel erfolgt eine Betrachtung der Pflegefamilien mit Kindern mit (geistiger) Behinderung. Dabei wird versucht, den Begriff (geistige) Behinderung in der Komplexität seiner Begrifflichkeit zu bestimmen (Kap. 5.1). Aus den Folgen von Belastungserfahrungen und Vernachlässigung werden insbesondere von Kindern mit (geistiger) Behinderung besondere Bedürfnisse abgeleitet (Kap. 5.2). Zudem werden besondere Herausforderungen von Pflegefamilien mit Kindern mit geistiger Behinderung, verknüpft mit der Fragestellung, was Pflegefamilien leisten, betrachtet (Kap. 5.3).

Das sechste Kapitel umfasst den empirischen Teil der Arbeit, widmet sich der Durchführung der empirischen Untersuchung und legt den methodischen Ansatz und die Durchführung dar. Das forschungsmethodische Vorgehen wird beschrieben (Kap. 6.1) und die explorative Studie und deren Auswertung werden in den Forschungskontext eingeordnet. Als Methoden der empirischen Sozialforschung werden das Leitfadeninterview und die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring betrachtet sowie die zusammenfassende Inhaltsanalyse als Methode der Wahl erörtert und ein Kategorienschema beschreiben. Ein weiterer Schwerpunkt widmet sich der Durchführung und dem Aufbau der Interviews (Kap. 6.2). Hierbei wird einleitend auf die Entwicklung des Interviewleitfadens und die Auswahl der Interviewpartner und Stichprobe eingegangen. Weiterhin werden die Durchführung der qualitativen Interviews und die Datenaufbereitung und Transkription beschrieben, bevor schließlich auf die Durchführung der Datenauswertung eingegangen werden kann und letztendlich eine Methodenreflexion erfolgt.

Im siebten Kapitel erfolgt die Analyse des Datenmaterials sowohl in der Bestimmung des Ausgangsmaterials als auch in der Analyse der Einzelanalysen der Interviews mit den befragten Pflegefamilien.

Im achten Kapitel erfolgt die Darstellung der Analyseergebnisse anhand der Auswahlkriterien sowie einer generalisierenden Analyse. In einer vergleichenden Betrachtung werden die persönlichen Profile der Pflegekinder (Kap. 8.1) sowie die persönlichen Profile der Pflegefamilien (Kap. 8.2) miteinander verglichen und in einen Kontext gestellt. In einem weiteren Schritt erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse anhand der Auswahlkriterien (Kap. 8.3). Diese Auswahlkriterien beziehen sich auf die Motivation der Pflegeeltern zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung; die Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme; die Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben; die Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ sowie die Bindung zum Pflegekind. Anknüpfend an die Ergebnisse der empirischen Untersuchung wird in Bezug auf die Auswahlkriterien im Rahmen einer abschließenden Zusammenfassung und Diskussion (Kap. 8.4) ein Resümee in

Bezug auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit gezogen sowie ein Ausblick, auch auf weitere empirische Untersuchungen gewährt (Kap. 8.5).

Im Anhang sind interviewrelevante Dokumente verankert, der Interviewleitfaden und alle transkribierten Interviews. Weiterhin finden sich im Anhang die Zusammenfassungsmasken der Interviews.

## 2 Die Grundlagen der Pflegekinderhilfe

Das Pflegekinderwesen befindet sich heute mehr denn je in einem prozesshaften Wandel und „reagiert damit auf gesellschaftliche Entwicklungen“ (Kuhls, 2014, S. 13). Dabei verändert sich die Art der Hilfe und Unterstützung. *„Das noch eher junge Wissen um kindliche und familiäre Entwicklungen und ihre Wirkungen in Belastungszeiten muss zunehmend einbezogen werden. (...) Insbesondere sei hier das differenzierte Wissen um das, was Kinder zu einer gesunden Entwicklung brauchen zu benennen“* (ebenda). Dabei hat sich auch die Haltung gegenüber den leiblichen Eltern und gegenüber den Pflegeeltern verändert. *„So wurde früher ein Aufwuchsplatz für Kinder gesucht. Heute sind die Anforderungen an alle Akteure im Bemühen um die optimale Hilfe für ein Pflegekind vielfältiger. Es gilt dabei, komplizierte, teils nicht überschaubare Interaktionsbündnisse zwischen Herkunftseltern und Pflegeeltern zu managen und immer wieder neu auszuhandeln. Hohe und teils gegensätzliche Erwartungen sollen erfüllt werden“* (ebenda, S. 13f.). Das Beziehungsgeflecht der Pflegekinderhilfe ist durch die sinnvollen und erforderlichen Prozesse in den vergangenen Jahren dabei deutlich unübersichtlicher geworden.

Blandow (1999, S. 758) fasst unter dem Begriff *„Pflegekinderwesen“* die Gesamtheit der institutionellen, personellen und rechtlichen Arrangements zusammen, die der Unterbringung von Kindern in Vollzeitpflege, der Begleitung und Unterstützung der Kinder sowie deren Pflegepersonen, ggf. auch nach Rückführung der Kinder in ihre Herkunftsfamilie oder der Vermittlung eines anderen Sozialisationsortes nach Beendigung eines Pflegeverhältnisses dienen.

Im folgenden Kapitel werden strukturelle und rechtliche Aspekte der Pflegekinderhilfe beschrieben (Kap. 2.1), neuere Entwicklungen der Hilfen zur Erziehung in Vollzeitpflege dargestellt (Kap. 2.2) und begriffliche und rechtliche Rahmenbedingungen der Vollzeitpflege aufgezeigt (Kap. 2.3). Des Weiteren werden rechtliche Grundlagen von Kindern mit Behinderungen in der Vollzeitpflege (Kap. 2.4) aufgezeigt.

## 2.1 Strukturelle und rechtliche Aspekte der Pflegekinderhilfe

In den meisten Kommunen wird die Aufgabe der Pflegekinderhilfe von den Pflegekinderdiensten der Jugendämter wahrgenommen. Das umfasst ein breites Aufgabenspektrum, von der Akquise und Schulung der Pflegepersonen bis hin zur Beratung und Betreuung der Pflegefamilien im gesamten Spektrum der Erziehungsarbeit mit dem Pflegekind. Einigen Jugendamtsbezirke geben die Aufgaben der Pflegekinderhilfe vollständig oder in Teilen ab; diese werden dann von freien Trägern wahrgenommen. (Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Familie und Jugend, 2016)

Das Pflegekinderwesen ist rechtlich in den Bestimmungen des Kinder- und Jugendhilferecht (KJHG/ SGB VIII), insbesondere in den §§ 27 ff KJHG (Hilfen zur Erziehung) und dem darin eingeschlossenen § 33 KJHG (Vollzeitpflege) verortet. Weitere bedeutende Bestimmungen zur Vollzeitpflege können dem Grundgesetz (GG), dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und dem Sozialgesetzbuch (SGB) entnommen werden. Weitere, in einer Verbindung zur Vollzeitpflege nach § 33 KJHG stehende Gesetzte, können im Rahmen dieser Arbeit keine Beachtung finden.

In den vergangenen Jahren haben sich die Strukturen der Unterbringungen von Kindern, die nicht in ihren Herkunftsfamilien leben können verändert. War früher die Aufteilung in Heim oder Pflegefamilie gängig, so existiert heute eine Vielzahl von Überlappungen, die auf Grund der Vielfalt der unterschiedlichsten Bezeichnungen vielmehr verwirren. Auf moses-online.de, dem Portal zum Thema Pflegekinder und Adoption wird dies wie folgt treffend beschrieben: *„Während das Gesetz im § 33 SGB VIII von ‚Vollzeitpflege‘ und ‚geeignete Formen der Familienpflege‘ und im § 34 von ‚Heimerziehung‘ oder ‚sonstige betreute Wohnform‘ spricht, hat sich die Praxis erfindungsreicher in der Bezeichnung solcher Unterbringungen gezeigt“.*

Dabei sind folgende ausgewählte Wortschöpfungen entstanden: Bereitschaftspflege, Kurzzeitpflege, Familiäre Bereitschaftsbetreuung, Befristete Vollzeitpflege, Unbefristete Vollzeitpflege, Dauerpflege, Sozialpädagogische Pflegestellen/ Pflegefamilien, Heilpädagogische Pflegestellen/ Pflegefamilien,

Sonderpflege, Sozialpädagogische Wohnformen, Integrationsfamilien, Projektstellen, Familienanaloge Wohnformen, Familienanaloge Betreuungsformen oder auch Individualpädagogische Projektstelle.

Der 14. Kinder und Jugendbericht<sup>4</sup> greift die Pflegekinderhilfe als eine Form öffentlicher Erziehung in privaten Haushalten in besonderer Weise auf und fokussiert den Wandel des Aufwachsens in öffentlicher und privater Verantwortung, in spezifischer Weise. Es wird beschrieben, dass sich die Pflegekinderhilfe in den 20 Jahren seit Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes im Windschatten der „*großen Entwicklungen*“ in den Hilfen zur Erziehung „*mühsam und unmerklich stabilisiert und differenziert hat und in den letzten rund zehn Jahren auch bundesweit einen, freilich vorwiegend fiskalisch motivierten, quantitativen Ausbau erlebt hat*“. Weiterhin sei durch eine vermehrte Anzahl von Studien der Fundus empirischer Erkenntnisse gewachsen, wenngleich viele dieser empirischen Erkenntnisse bislang leider noch zu wenige Auswirkungen auf praktisches Handeln gehabt haben. Dabei wird auch das, den aktuellen Wissensstand aufarbeitende und umfassend informierende „*Handbuch Pflegekinderhilfe*“<sup>5</sup> (vgl. Kindler u. a. 2011) hervorgehoben.

Darin stellen Kindler u.a. (2011) die Frage, welche Dienstleistungen innerhalb einer fachlich-qualifizierten Pflegekinderhilfe erbracht werden müssen. Sie kommen zu dem Ergebnis, das sich eine Diskussion um Organisationsformen und infrastrukturelle Rahmenbedingungen der Pflegekinderhilfe auf grundlegende Aufgaben beziehen muss, die im Rahmen einer fachlich-qualifizierten Erziehungshilfe in Pflegefamilien anstehen. Diese sind in ihrem Verständnis „*Die Kinder schützen und – so weit möglich – Stabilität im Lebensverlauf sichern im*

---

<sup>4</sup> Der 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Ist der aktuellste vorliegende Kinder- und Jugendbericht aus dem Jahr 2013. Er wird von der Bundesregierung in jeder Legislaturperiode an eine Sachverständigenkommission in Auftrag gegeben.

<sup>5</sup> Das „Handbuch Pflegekinderhilfe“ fasst die Ergebnisse und die in einem multidisziplinären und breit angelegten Projekt gewonnen Erkenntnisse zusammen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat das Deutsche Jugendinstitut (DJI) und das Deutsche Institut für Jugendhilfe- und Familienrecht (DIJuF) beauftragt.

*Spannungsverhältnis von Kinderrechten, Herkunfts- und Pflegeelternrechten, wobei die Stabilität getragen sein muss von fürsorglichen und einander gegenseitig wertschätzenden Beziehungen in der Pflegefamilie“. (ebenda, S. 103)*

## **2.2 Entwicklung der Hilfen zur Erziehung in der Vollzeitpflege**

*„Die Kinder- und Jugendhilfe, zu der die Hilfe in Vollzeitpflege zählt, befindet sich stetig in Veränderung. Sie reagiert damit auf gesellschaftliche Entwicklungen. Das bedeutet für das Pflegekinderwesen, dass es sich diesem prozesshaften Wandel stellen muss“ (Kuhls, 2014, S. 13).*

Dem 14. Kinder- und Jugendhilfebericht ist zu entnehmen, dass *„die stationären erzieherischen Hilfen, d.h. die kürzere oder längere Unterbringung eines jungen Menschen außerhalb der eigenen Kernfamilie in einer Einrichtung, einer anderen fremden Familie oder bei einer verwandten Familie, in den Fachdebatten der letzten zehn bis 15 Jahre eine eher untergeordnete Rolle gespielt haben. Die langjährige, seit 40 Jahren in Deutschland und in den westlichen (Nach-)Industrieländern festzustellende fachliche Orientierung, gefährdeten Kindern oder Jugendlichen vorrangig in ihrer Familie zu helfen, also familienunterstützende und begleitende ambulante Hilfen zu organisieren, hat dazu geführt, dass die stationären Hilfen in Deutschland seitens der Kinder- und Jugendhilfe häufig weniger als die im Einzelfall ‚geeignete und notwendige Hilfe‘ denn als „ultima ratio“ erst dann eingesetzt werden, wenn mit ambulanten oder teilstationären Hilfen gewissermaßen alles ausgereizt ist“.* (BMFSFJ 2013; S. 342 f.)

Weiterhin wird beschrieben, dass eine erkennbar expansive Entwicklung ein starkes Indiz für die notwendige Zunahme öffentlicher Verantwortung darstellen, jungen Menschen *„andere Orte des Aufwachsens bereitstellen zu müssen, um ihnen einen Raum und Rahmen für eine gute Entwicklung und für erfolgreiche Bildungsprozesse zu geben“* (ebenda).

Bereits im Zuge der Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts Ende der 1990er Jahre wurde in der regierungsamtlichen Begründung zu § 33 betont, *„Die*

*Erziehung von Kindern in Pflegefamilien gehört – neben der Heimerziehung – zum klassischen Hilferpertoire der Jugendhilfe. Sie wird auch in einem künftig weiterhin differenzierten und fortentwickelten Hilfesystem ihren Stellenwert behalten“* (Drucksache Deutscher Bundestag, 1989, S. 71). Auch der Zehnte Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ, 1998, S. 251) kommt zu einem ähnlichen Befund: *„Die Pflegestellen bieten ein pädagogisches und soziales Klima, das gute Voraussetzungen für die weitere Entwicklung der Kinder schafft.“* Diesen Feststellungen und Prognosen wird kaum zu widersprechen sein. *„Das rechtliche Zuordnung und Lebenswirklichkeit eines Kindes auseinanderfallen können, gehört zu den Menschheitserfahrungen: So gibt es Pflegekinder seit Menschengedenken, weil – aus welchen Gründen auch immer – Kinder über kürzere oder längere Zeiträume, oft bis ins Erwachsenenalter, nicht bei ihren biologischen Eltern aufwachsen können. Um die aus diesem Auseinanderfallen von Recht und Lebenswirklichkeit zwangsläufig entstehenden Spannungen abzubauen, kommt ‚Recht(setzung)‘<sup>6</sup> schon seit je zum Einsatz: Biblische Zeugnisse (König Salomon) oder die Weltliteratur (Shakespeare, Brecht, Lessing, Klabund u.v.a.m.) bieten zahlreiche anschauliche Belege für diese Konfliktlage“.* (Salgo, 2014, S. 54)

Heute geht es dabei schon lange nicht mehr um die Diskussion der alten Dichotomie von Ersatzfamilien und Heim. Dies ist bereits lange überholt. *„Es geht vielmehr darum ein breites Spektrum an differenzierten Hilfeangeboten zu entwickeln, die von den Beteiligten als mögliche und lohnende Lebensorte wahrgenommen werden können. Diese Hilfeangebote sind weniger in Konkurrenz zur Herkunftsfamilie, sondern eher als eine Möglichkeit für diese zu sehen, familiäre Lebens- und Interaktionsformen zu erweitern.“* (BMFSFJ, 1998, S. 251)

Mit einem Blick in Zahlen und Daten beschreiben Groth & Glaum (2014, S. 26) *„Zwischen 1991 und 2005 ist die Inanspruchnahme stationärer Erziehungshilfen (in Westdeutschland) insgesamt auf dem niedrigsten Niveau innerhalb der vergangenen 40 Jahre. Hierfür ist zuallererst – neben den politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen der „Nach-Wende-Jahre“ – der in den 1990er Jahren forcierte Ausbau der ambulanten Erziehungshilfen verantwortlich“.*

---

<sup>6</sup> vgl. Tirey, 1996



Die folgende Abbildung (Abb. 1) zeigt die Entwicklung der Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses, dargestellt nach Art der Hilfen seit 1991 auf. Dabei soll insbesondere die „Vollzeitpflege in einer anderen Familie“ betrachtet werden.

<b>Außerhalb des Elternhauses<sup>1</sup>, Art der Hilfen, nach Jahren</b>				
Jahr	Erziehung in einer Tagesgruppe	Vollzeitpflege in einer anderen Familie	Heimerziehung; sonstige betreute Wohnform	Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung
	<b>Anzahl der Hilfen</b>			
1991	7747	48017	68190	865
1995	10863	48021	69969	1424
2000	15934	48993	69723	2692
2005	16541	50364	61806	2294
2007	15153	49673	52793	3323
2008	16997	54429	58690	3487
2009	17635	57452	60902	3347
2010	17589	60451	63191	3487
2011	17327	61894	65367	3477
2012	17086	64851	66711	3378
2013	17181	67812	69203	3525
2014	16751	69823	72204	3581

<sup>1</sup> Zum 1.1.1991, ab 1995 zum 31.12.

**Abbildung 1 Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses im Verlauf der Jahre (Statistisches Bundesamt, 2016a)**

Bei der Betrachtung der Anzahl der Hilfen im Rahmen der Vollzeitpflege in einer anderen Familie in den Jahren 1991 bis 2000 lassen sich relativ konstante Zahlen beobachten. In der Literatur wird beschrieben, dass die „Zahl der Kinder in Pflegefamilien insgesamt zurück“ ging, „was u.a. mit dem Ausbau der ambulanten Maßnahmen im Bereich der Hilfen zur Erziehung zusammen hing“ (Groth & Glaum, 2014, S. 25). „Zwischen den Jahren 2005 und 2010 wiederum vollzog sich gerade für die Vollzeitpflege eine erstaunliche Entwicklung, die mit dem Schub der 1970er Jahre vergleichbar ist. ausgelöst durch die mittlerweile fest im kollektiven Gedächtnis verankerten in der Obhut ihrer überforderten Eltern zu Tode gekommenen Kinder in verschiedenen Teilen der Republik erlebte die Kinder- und Jugendhilfe eine bis dahin kaum gekannte Aufmerksamkeit.“ (ebenda, S. 26) In den Folgejahren, ab 2011

zeichnet sich im vorliegenden Datenmaterial eine stetig steigende Nachfrage nach Möglichkeiten zur Unterbringung für vor allem jüngere Kinder ab. Dies führte im Rahmen der Vollzeitpflege zu einem starken Zuwachs (ebenda, S. 27).

Wie das Statistische Bundesamt (2016c) mitteilte, hat die Zahl der Minderjährigen im Jahr 2014, die aufgrund einer unbegleiteten Einreise aus dem Ausland in Obhut genommen wurden, stark zugenommen. Demnach kamen 2014 rund 11 600 Kinder und Jugendliche ohne Begleitung einer sorgeberechtigten Person über die Grenze nach Deutschland, das waren 5 000 Minderjährige oder 77 % mehr als im Jahr 2013 und sechsmal mehr als im Jahr 2009. Dabei haben die Jugendämter in Deutschland insgesamt im Jahr 2014 knapp 48 100 Kinder und Jugendliche in Obhut genommen. Das waren gut 5 900 Minderjährige (+14 %) mehr als 2013. Der Zuwachs bei den Inobhutnahmen im Jahr 2014 resultierte mit einem Anteil von 85 % ganz überwiegend aus den unbegleiteten Einreisen aus dem Ausland. Diese Entwicklung wird sich in den kommenden Jahren deutlich in den Statistiken zur Hilfen zur Erziehung widerspiegeln und auch die Pflegekinderhilfe vor neue Herausforderungen stellen.

Die folgende Abbildung (Abb. 2) zeigt die Entwicklung der Hilfe zur Erziehung zum Stichtag 31.12.2014 nach persönlichen Merkmalen und Art der Hilfe. In den Fokus soll bei der Betrachtung insbesondere die „Vollzeitpflege in einer anderen Familie“ genommen werden.

<b>Hilfen für junge Menschen am 31.12.2014; nach persönlichen Merkmalen und Art der Hilfe</b>					
Altersgruppe ----- Staatsangehörigkeit	Ins- gesamt	Erziehung in einer Tagesgruppe	Vollzeit- pflege in einer anderen Familie	Heim- erziehung; sonstige betreute Wohnform	Intensive sozial- pädagogische Einzelbetreuung
- = Nichts vorhanden.					
Insgesamt	162359	16751	69823	72204	3581
Alter von ... bis unter ... Jahren					
unter 1	1494	18	1200	276	-
1 bis 3	5858	94	4937	827	-
3 bis 6	13860	246	10919	2695	-
6 bis 9	22312	3580	13124	5608	-
9 bis 12	29574	7704	12122	9666	82

<b>Hilfen für junge Menschen am 31.12.2014; nach persönlichen Merkmalen und Art der Hilfe</b>					
Altersgruppe ----- Staatsangehörigkeit	Ins- gesamt	Erziehung in einer Tagesgruppe	Vollzeit- pflege in einer anderen Familie	Heim- erziehung; sonstige betreute Wohnform	Intensive sozial- pädagogische Einzelbetreuung
12 bis 15	32438	3960	12172	15830	476
15 bis 18	40270	1149	11405	26259	1457
18 bis 21	15027	-	3461	10139	1427
21 und älter	1526	-	483	904	139
unter 18	145806	16751	65879	61161	2015
18 und älter	16553	-	3944	11043	1566
mit ausländischer Herkunft mindestens eines Elternteiles	43559	5036	14706	22620	1197
in der Familie wird vorrangig nicht deutsch gesprochen	21394	2343	5124	12900	1027

**Abbildung 2 Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses nach persönlichen Merkmalen und Art der Hilfe (Statistisches Bundesamt, 2016a)**

Doch insbesondere im Vergleich zur Heimerziehung „kommt ein wesentliches Merkmal der Unterbringung von Kindern in Pflegefamilien“ (Groth & Glaum, 2014, S. 28) zum Tragen. „50,5% aller Aufnahmen in Pflegefamilien betreffen Kinder unter 6 Jahren, während die Heimerziehung über 70% ihrer Aufnahmen in der Altersgruppe der über 12-jährigen Kinder und Jugendlichen hat“ (ebenda, S. 28). Der in den 1980er Jahren entwickelte Leitgedanke, „dass die erste Familien ersetzende Hilfe nach Möglichkeit die Vollzeitpflege sein sollte“ (ebenda, S. 28), kommt hier zum Tragen.

Pflegekinder, die in Vollzeitpflege in einer anderen Familie leben sind in der Altersgruppe von unter 1 bis unter 6 Jahren bei der Betrachtung der Daten mit ca. 24,5% am stärksten präsentiert. Es folgen die Altersgruppen unter 6 bis unter 9 Jahren mit ca. 18,8 % und der unter 9 bis unter 12 Jahren mit ca. 17,3 % fast gleichrangig mit den unter 12 Jahren bis unter 15 Jahren mit ca. 17,4 %. Der Bereich der Altersgruppe unter 15 bis unter 18 Jahren liegt dabei bei ca. 16,3 %. In der Altersgruppe ab 18 Jahren lebten zum Stichtag noch ca. 5,6 % zur Vollzeitpflege in einer anderen Familie.

Betrachtet man die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit ausländischer Herkunft mindestens eines Elternteiles in allen Altersgruppen, welche in Vollzeitpflege in einer anderen Familie leben, so lässt sich ein Anteil von ca. 21 % ermitteln. Das bedeutet, dass nahezu jedes 5. Kind, welches zum Stichtag 31.12.2014 in Vollzeitpflege in einer anderen Familie gelebt hat, einen Migrationshintergrund hat<sup>7</sup>. Das in dieser Abhängigkeit, der sich voneinander unterscheidenden Definitionen, Kinder mit Migrationshintergrund in der Betrachtung des Statistischen Bundesamtes schon seit einigen Jahre Beachtung finden, spiegelt dies wieder. *„Es lässt sich vor diesem Hintergrund leider nicht exakt aussagen, in welchem Umfang die Inanspruchnahmequoten der Migrantinnen und Migranten vom Durchschnitt der Bevölkerung abweichen, ob Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund in einer Hilfeform gegenüber ihrem Bevölkerungsanteil eher unter- oder eher überrepräsentiert sind“* (Groth & Glaum, 2014, S. 28). Beim Vergleich der beiden stationären Hilfeformen Heimerziehung und Vollzeitpflege fällt jedoch *„der große Unterschied, bei den Leistungsempfängern, in deren Familien überwiegend nicht deutsch gesprochen wird, auf“* (vgl. ebenda, S. 32). Aus den vorliegenden Daten und Informationen lässt sich jedoch insgesamt, der Schluss ableiten, *„dass die Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege das Thema ‚Migration‘ und die damit verbundenen Fragestellungen noch nicht vollständig für sich entdeckt hat“* (vgl. ebenda, S. 33).

*„Wenn sich Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie soweit verbessert haben, dass die Eltern das Kind wieder selbst erziehen können, Pflegeeltern und Herkunftseltern damit einverstanden sind, dass das Kind wieder in den Haushalt seiner leiblichen Eltern zurückkehrt und das Jugendamt eine evtl. gewährte Hilfe einstellt“* kann ein Pflegeverhältnis (nach § 37 Abs. 1 S. 2 SGB VIII) beendet werden (Küfner 2011, S. 77). Häufige Umstände, die zur Beendigung eines Pflegeverhältnisses führen, können sein, *„dass die Pflegeeltern nicht mit dem Kind*

---

<sup>7</sup> „Die Auswertung des Mikrozensus 2011 hat ergeben, dass 19,5 % der Bevölkerung über einen Migrationshintergrund im „engeren Sinne“ verfügen. Im „engeren Sinne“ beinhaltet nach der dort zugrunde gelegten Definition, „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“. (Groth & Glaum, 2014, S. 28).

*zurechtkommen oder dass das Kind im Rahmen seiner Identitätsfindung selbst eine anderweitige Unterbringung wünscht. Möglich ist auch, dass die leiblichen Eltern das Kind zu sich zurückholen wollen oder dass das Jugendamt die Pflegefamilie für nicht (mehr) geeignet hält“ (ebenda, S. 77).*

## **2.3 Definition und rechtliche Rahmenbedingungen der Vollzeitpflege**

Leben Kinder nicht bei ihren biologischen oder rechtlichen Eltern finden sich von rechtlicher Seite verschiedenste Bezeichnungen: Im Kinder- und Jugendhilferecht wird der Begriff der „Vollzeitpflege“ verwendet, welcher damit eine Form der Hilfen zur Erziehung nach §§ 27, 33 SGB VIII meint. Gleichzeitig fallen darunter auch die Formen der Eingliederungshilfe für Kinder oder Jugendliche mit einer seelischen Behinderung (§ 35a iVm § 33 SGB VIII) oder auch die Hilfe für junge Volljährige (§ 41 iVm § 33 SGB VIII). Andere Gesetze, wie das BGB verwenden wiederum den Begriff der „Familienpflege“. Weiterhin spricht man im Rahmen der Sozialhilfe von einer „Betreuung in einer Pflegefamilie“ (§ 54 Abs. 3 SGB XII). (Eschelbach, 2015, S. 54)

Die gesetzlichen Grundlagen der Vollzeitpflege sind verortet in § 33 SGB VIII und besagen: *„Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen und seinen persönlichen Bindungen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie Kindern und Jugendlichen in einer anderen Familie eine zeitlich befristete Erziehungshilfe oder eine auf Dauer angelegte Lebensform bieten. Für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche sind geeignete Formen der Familienpflege zu schaffen und auszubauen.“*

Vollzeitpflege steht an der Schnittstelle von Familien- und Jugendhilferecht und damit auch zwischen privatem Recht und öffentlichem Recht. Sowohl im BGB als auch im SGB VIII finden sich gesetzliche Vorschriften, die die Beziehung zwischen Eltern, Pflegeeltern, Kind und Jugendamt regeln, wenn das Kind in einer Pflegefamilie untergebracht ist (vgl. Küfner/ Schönecker, 2011). Ebenso werden u.a. die Formen der Vollzeitpflege im SGB VIII beschrieben. Unterscheiden lassen

sich je nach Problemlage und auch Entwicklung der Situation in der Herkunftsfamilie Vollzeitpflege mit der Funktion eines auf Dauer angelegten Pflegeverhältnisses, auch als Ersatzfamilie beschrieben, sowie die Vollzeitpflege mit der Funktion einer ergänzenden Hilfe, auch als Ergänzungsfamilie beschrieben.

Die Vollzeitpflege, mit der Funktion eines auf Dauer angelegten Pflegeverhältnisses, gilt als eine Grundform der Familienpflege. Wird die Herkunftsfamilie den Erziehungsaufgaben gegenüber dem Kind auf Dauer nicht gerecht und entspricht der Verbleib des Kindes trotz einschneidender Hilfen nicht dem Wohl des Kindes, ersetzt die Unterbringung des Kindes in einer Dauerpflegefamilie die Erziehung in der Herkunftsfamilie. Die Pflegefamilie nimmt hierbei die Funktion der Ersatzfamilie ein, wobei sich die Dauer des Pflegeverhältnisses bis zur Volljährigkeit und darüber hinaus erstrecken kann. Diese Pflegeform ist häufig charakterisiert durch enge Bindungen, die zwischen Pflegekind und Pflegeeltern entstehen.

Vollzeitpflege mit der Funktion einer ergänzenden Hilfe für einen befristeten Zeitraum hat immer das Ziel, das Kind nach Möglichkeit in die Herkunftsfamilie zurück zu führen. Die Pflegefamilie stellt hierbei für einen befristeten Zeitraum die Ergänzungsfamilie dar. Bedeutsam bleibt der Kontakt des Pflegekindes zu seiner Herkunftsfamilie zur Aufrechterhaltung eines Kontaktes und einer positiven Bindung zu den leiblichen Eltern.

Nach Dauer und Zielsetzung lässt sich die Vollzeitpflege vor allem in die Formen der Kurzzeitpflege, der Bereitschafts- und Übergangspflege und der Dauerpflege unterscheiden, wobei die Grenzen fließend verlaufen können. Eine Unterbringung, die ursprünglich als kurzzeitig gedacht war kann sich zu einer längerfristigen oder auch möglicherweise dauerhaften Unterbringung entwickeln (vgl. Jordan/Sengling 2000, S. 190). Kurzzeitpflege fasst als Begrifflichkeit Pflegeverhältnisse zusammen, in denen Pflegefamilien für einen befristeten Zeitraum die Versorgung und Erziehung eines Kindes übernehmen. Oftmals werden Kinder kurzfristig in Krisen- oder Notsituationen aus ihren bisherigen Lebenszusammenhängen heraus

genommen und bedürfen Schutz und Zuwendung bis zur Klärung ihrer weiteren Entwicklungsperspektive.

Bereitschafts- und Übergangspflege fasst die Pflegeverhältnisse zusammen, die befristet und auf kürzere oder auch längere Dauer angelegt sind. Pflegefamilien übernehmen in diesem Fall die Versorgung und Erziehung übergangsweise, weil die Herkunftsfamilie vorübergehend nicht dazu in der Lage ist, grundsätzlich jedoch weiterhin die Erziehungsverantwortung für das Kind wahrnehmen möchte und auch wahrnehmen kann. Gründe hierfür können längere Erkrankungen sein, die Belastung durch Beziehungsprobleme aber auch das Verbüßen einer Haftstrafe. Die Bezüge zur Herkunftsfamilie sollen in diesem Zeitraum weiter bestehen und die leiblichen Eltern sollen soweit wie möglich in die Erziehungssituation der Pflegefamilie eingebunden werden. Dauerpflege beschreibt ein Pflegeverhältnis, das auf Konstanz angelegt ist. Pflegekinder sind dabei mit oder auch ohne eine kontinuierliche Einbeziehung ihrer Herkunftsfamilie dauerhaft in der Pflegefamilie untergebracht. Münder u.a. (1999, § 33 KJHG) bezeichnen diese Form der Pflegefamilie mit dem Begriff der „Ersatzfamilie“.

Die bereits beschriebenen Formen der Vollzeitpflege werden durch die Verwandtenpflege und die heilpädagogischen Pflegestellen (Sonderpflege) ergänzt. Verwandtenpflege bezeichnet ein prinzipiell erlaubnisfreies Pflegeverhältnis. Gemäß KJHG (§ 37 Abs. 2) hat das Jugendamt auch gegenüber nicht im Rahmen der „Hilfe zur Erziehung“ tätigen Personen, die keine Pflegeerlaubnis benötigen, eine Beratungs- und Unterstützungspflicht. Als Verwandte zählen gemäß BGB Großeltern, Onkel und Tanten, Geschwister, Neffen und Nichten, sowie Verschwägerter. Um eine Sonderform der Familienpflege handelt es sich im Falle der heilpädagogischen Pflegestellen oder auch sonderpädagogischen Pflegestellen. Auf diese Form wird in Kapitel 2.4 näher eingegangen.

Von der Vollzeitpflege abzugrenzen sind die Tagespflege (§ 23 KJHG), die „Adoptionspflege“ sowie die „Ergänzungspflegschaft“. Die Tagespflege stellt keine „Hilfe zur Erziehung“ nach §§ 27 ff. KJHG dar, da diese nicht über Nacht stattfindet, sondern nur für einen Teil des Tages oder ganztags. Die Adoptionspflege stellt eine

rechtlich besonders bestimmte Form eines Pflegeverhältnisses dar. Insgesamt umfasst die Adoptionspflege den Zeitraum zwischen der Inobhutnahme des Kindes durch die annehmende Familie und den Adoptionsbeschluss durch das Vormundschaftsgericht (vgl. Münder u.a.; § 33 KJHG). Im Rahmen einer Ergänzungspflegschaft (gemäß § 1909 BGB) wird einem unter elterlicher Sorge oder Vormundschaft Stehenden ein Pfleger zur Besorgung von Angelegenheiten, an deren Besorgung die Eltern oder der Vormund verhindert sind, zur Seite gestellt. Eine angeordnete Pflegschaft verdrängt insoweit die elterliche Sorge.

*„Der Begriff Vollzeitpflege wird also nicht nur für Hilfen zur Erziehung nach §§ 27, 33 SGB VIII gebraucht, sondern meint darüber hinaus alle Unterbringungen in einem familiären Setting über Tag und Nacht“* (Küfner/ Schönecker, 2011). Es gibt mehrere Möglichkeiten, Vollzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Vollzeitpflege kann freiwillig in Anspruch genommen werden. Sie kann in Folge eines familiengerichtlichen Entzugs der elterlichen Sorge vom Vormund oder Ergänzungspfleger und auch freiwillig beansprucht werden. Sie kann aber auch eine mögliche Unterbringung bei der Krisenintervention im Rahmen einer Inobhutnahme sein. (vgl. ebenda, S. 49)

Eine Gewährung von Vollzeitpflege kann wie im Vorfeld beschreiben, sehr vielfältig gestaltet werden. Wird Vollzeitpflege durch das Jugendamt gewährt, so geschieht dies meist als Hilfe zur Erziehung. Für die Gewährung von Vollzeitpflege in Form der Hilfe zur Erziehung ist die Voraussetzung, dass ein erzieherischer Bedarf des Kindes besteht. Dabei muss die Hilfe für die Entwicklung des Kindes notwendig und geeignet sein. Ein erzieherischer Bedarf besteht bereits dann, wenn eine dem Kindeswohl entsprechende Erziehung nicht mehr gewährleistet ist und eine Hilfe zur Gewährleistung des Kindeswohls geeignet und notwendig erscheint und nicht erst dann, wenn die Schwelle der Kindeswohlgefährdung überschritten ist. (vgl. ebenda, S.50)

Vollzeitpflege muss nicht automatisch mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres enden. Junge Menschen und auch Pflegekinder leben häufig auch darüber hinaus noch im Elternhaus. Vollzeitpflege kann auch für junge Volljährige über das 18. Lebensjahr hinaus gewährt werden. Dies ist noch nicht gängige Praxis, so spiegelt



es die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik wieder. (vgl. Nüsken, 2008) „Die Beendigung der Vollzeitpflege wegen Vollendung des 18. Lebensjahrs ohne Feststellung besonderer Gründe, die dies rechtfertigen würden, ist fehlerhaft.“ (Küfner/ Schönecker, 2011)

An einem Pflegeverhältnis sind stets das Jugendamt als Leistungserbringer, die Personensorgeberechtigten, das heißt die Eltern als Leistungsberechtigte und die Pflegepersonen, das heißt die Pflegeeltern als Leistungserbringer beteiligt. In diesem Zusammenhang wird auch von einem „jugendhilferechtlichen Dreiecksverhältnis“ gesprochen. In der Praxis besteht jedoch eine große Unsicherheit, wer wem gegenüber wie und woraus verpflichtet und berechtigt ist. Dies zeigt sich auch an der Bandbreite von unterschiedlichen Verträgen und Vollmachten und verschiedenen Empfehlungen in Arbeitshilfen und Handbüchern. Dies verwundert nicht, angesichts der Diffusität, die in der Rechtsprechung und in der Literatur vorzuherrschen scheint. Die folgende Abbildung zeigt die komplexe Verflechtung der an einem Pflegeverhältnis Beteiligten.

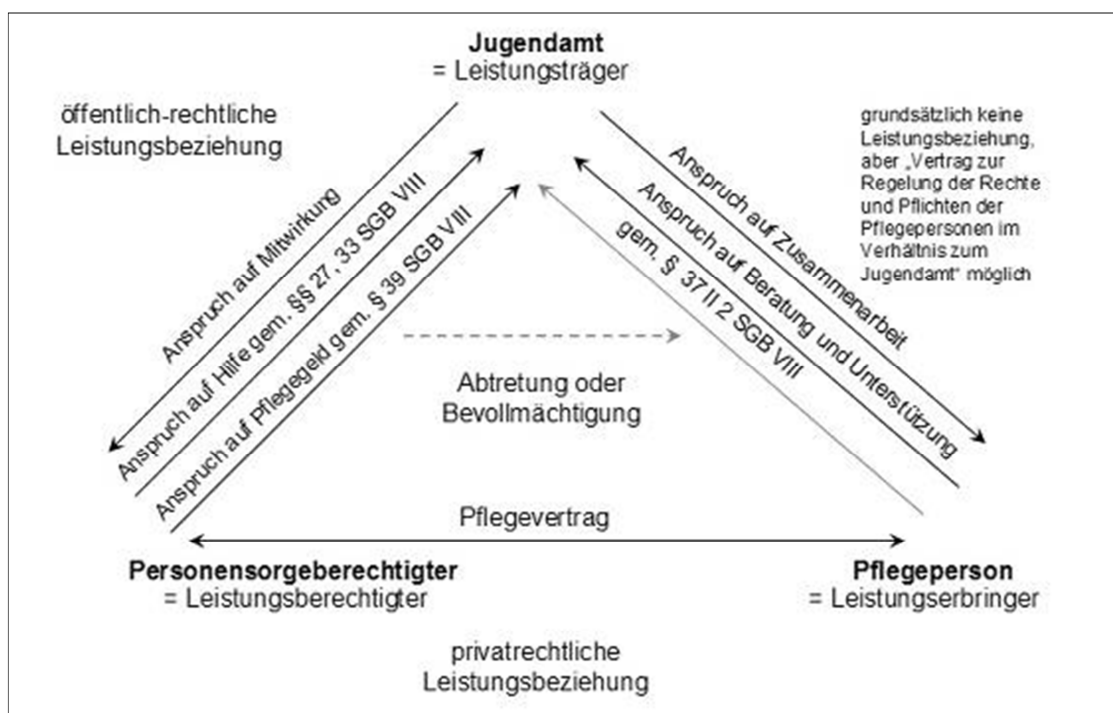


Abbildung 3 Das jugendhilferechtliche Dreiecksverhältnis bei Vollzeitpflege nach §§ 27, 33 SGB VIII (Küfner, 2011)

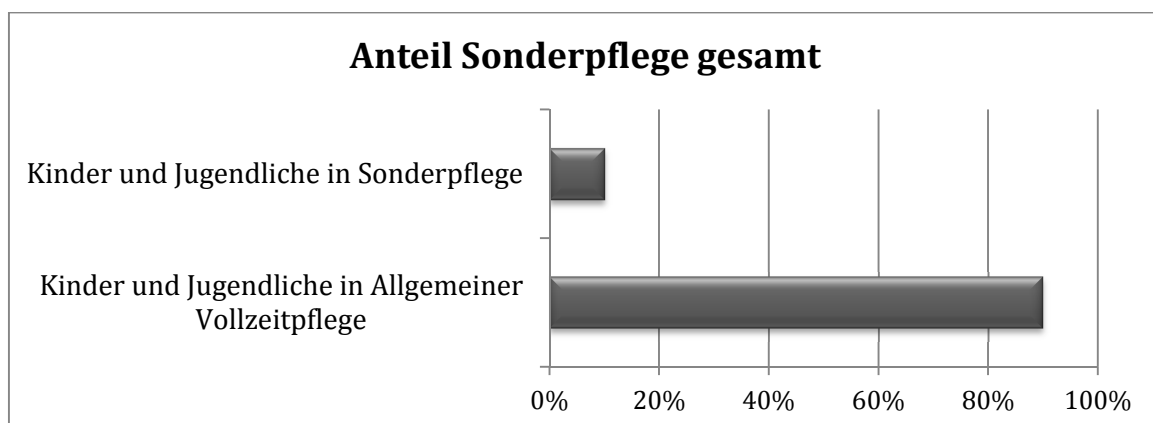
„Die Bewilligung der Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege begründet ein öffentlich-rechtliches Leistungsverhältnis zwischen dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe und den Personensorgeberechtigten. Ein Anspruch auf Hilfe zur Erziehung in Form der Vollzeitpflege (§§ 27, 33 SGB VIII) besteht, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung durch die Eltern nicht gewährleistet ist.“ (ebenda, S. 72) Dabei sind die Personensorgeberechtigten, die Eltern oder ein Elternteil anspruchsberechtigt, solange ihnen nicht die elterliche Sorge entzogen oder auf andere Personen übertragen wurde. Im Rahmen einer eindeutigen Willensbekundung bestätigen die Personensorgeberechtigten, Hilfe zur Erziehung in Anspruch nehmen zu wollen; bei gemeinsamer Ausübung der elterlichen Sorge geben beide Elternteile eine entsprechende Erklärung zur Inanspruchnahme der Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege ab. In Form eines Verwaltungsakts (§ 31 SGB X) erfolgt eine Entscheidung über die Bewilligung der Leistung als Bescheid und ergeht schriftlich mit Begründung und Rechtsbehelfsbelehrung. Dabei wird auch der Zeitraum, für den die Leistung bewährt wird benannt, da im Rahmen der Vollzeitpflege in der Regel von einem längeren Zeitraum ausgegangen werden kann. (vgl. ebenda, S. 72)

Küfner (2011, S. 73) beschreibt auch, dass es in der Praxis weit verbreitet ist, *„Pflegeverträge zwischen Jugendamt und Pflegeeltern abzuschließen. Wie und warum es dazu gekommen ist, kann jedoch weder aus rechtlicher noch aus fachlicher Sicht nachvollzogen werden. Die für das Pflegeverhältnis wesentlichen Rechte und Pflichten können nur durch die Personensorgeberechtigten übertragen werden. Nur diese können den Auftrag an die Pflegeeltern erteilen, an ihrer Stelle die Erziehung und Versorgung ihres Kindes zu übernehmen. Und nur die Personensorgeberechtigten können die Pflegeeltern mit den dafür sorgerechtlichen Befugnissen ausstatten, (...)“*. Über das Abschließen eines Pflegevertrages zwischen Personensorgeberechtigten und Pflegeeltern besteht demnach sowohl in der Rechtsprechung als auch in der Literatur im Grundsatz Einigkeit. (vgl. ebenda)

## 2.4 Kinder mit Behinderungen in der Vollzeitpflege

Auf den ersten Blick entspricht die rechtliche Situation eines Pflegekindes mit Behinderung der rechtlichen Situation eines Kindes ohne Behinderung. Durch oftmals widersprüchliche gesetzliche Zuständigkeitsfestlegungen und vielfältige Regelungen jedoch ein recht unübersichtliches Feld.

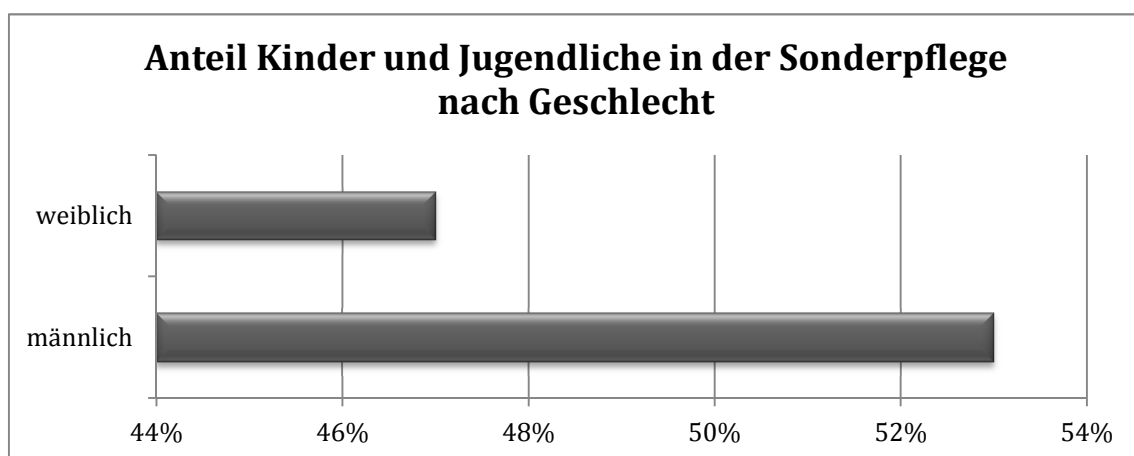
Für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsbeeinträchtigungen sind geeignete Formen der Familienpflege (§ 33 S. 2 SGB VIII) vorgesehen. Hierzu haben sich in der Praxis verschiedene Begrifflichkeiten und praktische Umsetzungsmodelle entwickelt, wie etwa heilpädagogische Pflegestellen, sozialpädagogische Pflegestellen oder Pflegestellen der Sonderpflege. Wenn eine Hilfe auf Grundlage von § 33 SGB VIII gewährt wird, handelt es sich auch bei diesen Formen um eine Vollzeitpflege. (Eschelbach, 2014, S. 56) Für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung liegt die sachliche Zuständigkeit bei der Kinder- und Jugendhilfe. Bei Vorliegen einer geistigen und/ oder körperlichen Behinderung liegt die Zuständigkeit vorrangig beim Sozialhilfeträger (§ 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII). Mit dem Gesetz zur Verwaltungsvereinfachung in der Kinder- und Jugendhilfe wurde bis Ende 2018 die Regelung verlängert, dass das Sozialhilferecht die Familienpflege ausdrücklich als Eingliederungsleistung vorsieht, für die eine Pflegeerlaubnis des Jugendamtes erforderlich ist, es sei denn es liegt ein Ausnahmetatbestand vor. (ebenda, S. 66). Der folgenden Abbildung (Abb. 4) ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen zu entnehmen, die sich in Allgemeiner Vollzeitpflege und in Sonderpflege befinden.



**Abbildung 4 Anteil der Kinder- und Jugendlichen in der Sonderpflege gesamt; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016; eigene Berechnung und Darstellung)**

Demnach befanden sich zum 31.12.2014 genau 90% der in Vollzeitpflege befindlichen Kinder und Jugendlichen in einer Pflegestelle der Allgemeinen Vollzeitpflege und 10% der Kinder und Jugendlichen in einer Pflegestelle der Sonderpflege. Aufgrund der Datenlage ist auch aktuell davon auszugehen, dass nahezu jedes zehnte Kind, bzw. jeder zehnte Jugendliche im Rahmen der Vollzeitpflege in einer Sonderpflegestelle lebt.

Die folgende Abbildung (Abb. 5) betrachtet den Anteil der Kinder und Jugendlichen in der Sonderpflege unter dem Gesichtspunkt des Geschlechts.



**Abbildung 5 Anteil Kinder und Jugendliche in der Sonderpflege nach Geschlecht; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016; eigene Berechnung und Darstellung)**

Zum 31.12.2014 betrug demnach der Anteil der männlichen Kinder und Jugendlichen, die im Rahmen der Vollzeitpflege in Pflegefamilien der Sonderpflege platziert waren, 53%. Der Anteil der weiblichen Kinder und Jugendlichen lag hingegen bei 47% und ist damit gering unterproportioniert.

Für zahlreiche Familien, die ein Kind aufgenommen haben, ergibt sich die Problematik, dass selbst nach umfangreicher Diagnostik noch lange keine Klarheit über Diagnosen herrscht. Die sachliche Zuständigkeit bleibt oftmals unklar und die verantwortlichen Behörden streiten sich über die Zuständigkeit. Vielfach wird eine Gesetzesänderung gefordert, die eine für alle einheitliche Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe vorsieht, eine sogenannte „Große Lösung“ (Banafsche, 2011, S.116). Eschelbach (2014, S. 66) merkt hierzu an: „Kritisch ist aber auch schon grundsätzlich die Aufteilung von Kindern und Jugendlichen nach dem Ob

und Wie ihrer Behinderung zu sehen“. Wann diese notwendige Reform erfolgt, ist noch unklar. Bis dahin müssen sich die Familien zwischen den verschiedenen Trägern zurecht finden. „Eine Hilfe kann dabei § 14 SGB IX sein, der vorsieht, dass ein einmal bei einem Rehabilitationsträger (etwa Jugendamt oder Sozialamt) gestellter Eingliederungshilfeantrag nur ein einziges Mal, und das innerhalb von zwei Wochen, weitergegeben werden darf. Dann muss der Träger, der den Antrag bekommen hat, diesen bescheiden, also die Hilfe gewähren oder den Antrag ablehnen“. (ebenda)

Die Platzierung eines Kindes in einer Pflegestelle der Sonderpflege<sup>8</sup> ist grundsätzlich eine langfristige Hilfeform, bei der die Zeitdauer von verschiedensten Faktoren abhängig ist und ein Ende des Pflegeverhältnisses nur selten im Vorfeld einzuschätzen ist. Eine heilpädagogische Pflegestelle hat in besonderer Weise den Auftrag, Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsbeeinträchtigungen, mit seelischen, körperlichen oder geistigen Behinderungen oder von einer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche aufzunehmen. Neben dem erzieherischen Hilfebedarf zeichnet sich in dieser Pflegeform ein medizinischer und therapeutischer Hilfebedarf ab. Dies macht es oftmals erforderlich, dass neben den Bestimmungen des § 33 KJHG (Hilfen zur Erziehung) auch § 35a KJHG (Seelische Behinderung) zum Tragen kommt. Pflegekinder in heilpädagogischen Pflegeverhältnissen haben einen erhöhten Förderungsbedarf, welcher insbesondere eine langfristige Absicherung notwendig macht. Der individuelle Hilfe- und Unterstützungsbedarf und die daraus resultierenden notwendigen Leistungen werden regelmäßig im Hilfeplan festgeschrieben und überprüft. Die Notwendigkeit dieser besonderen Hilfeform wird durch die Vorlage einer psychologischen und/ oder medizinischen Diagnose bestätigt.

Pflegestellen der Sonderpflege stellen eine Sonderform der Familienpflege für Kinder und Jugendliche mit besonderen Entwicklungsschwierigkeiten dar (§ 33

---

<sup>8</sup> Zur vereinfachten Darstellung in der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Pflegestelle der Sonderpflege“ synonym für alle in der Praxis bestehenden Pflegeformen verwendet, die für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsbeeinträchtigungen, mit seelischen, körperlichen oder geistigen Behinderungen vorgesehen sind. Auch das Bundesamt für Statistik verwendet den Begriff der „Sonderpflege“.

Satz 2 KJHG). Von den Pflegeeltern werden in diesen speziellen Pflegeverhältnissen pädagogische Kenntnisse und Fähigkeiten erwartet, da Kinder in Sonderpflege oftmals erheblich in ihrer emotionalen, sozialen, körperlichen und/ oder geistigen Entwicklung beeinträchtigt sind und einer besonders intensiven sowie zeitaufwendigen pflegerischen oder psychologischen Betreuung bedürfen. Oftmals wird für Pflegeeltern eine spezielle Schulung zur Erlangung der notwendigen Kompetenzen angeboten. Diese Pflegestellen der Sonderpflege unterscheiden sich durch ihren professionellen Anspruch an die Pflegeeltern. Es gibt dabei die Empfehlung, dass mindestens ein Pflegeelternteil über eine pädagogische oder medizinische Ausbildung verfügen sollte. Dies findet jedoch in Zeiten eines massiven Pflegeelternmangels nicht durchgängig Beachtung. Berufsgruppen wie die der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen erfüllen diese Bedingungen zum Beispiel. Außerdem werden die Pflegepersonen der Sonderpflege in besonderem Maße zur Inanspruchnahme von Fortbildungen und Supervisionen verpflichtet und ihnen wird eine intensive fachliche Beratung zur Seite gestellt. Pflegepersonen in Pflegestellen der Sonderpflege sollten dabei besondere Eignungskriterien erfüllen, da Kinder und Jugendliche mit einer Entwicklungsbeeinträchtigung, mit einer seelischen, körperlichen und/ oder geistigen Behinderung mit ihren Besonderheiten, mit ihrem Verhalten und ihren Herausforderungen erschwerend auf das bestehende Familiensystem der Pflegefamilie einwirken. Die sich aus der Behinderung ergebenden besonderen Bedürfnisse erfordern vielfach ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen. Für die besonderen Leistungen in den Pflegestellen der Sonderpflege wird den Pflegepersonen ein erhöhtes Pflegegeld gezahlt.

### **3 Das Beziehungsgeflecht Herkunftsfamilie - Pflegekind - Pflegefamilie**

In den Zeiten der Diskussionen um Ersatz- oder auch Ergänzungsfamilien in der Pflegekinderhilfe Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre untersuchte Kötter (1994) in einer quantitativen Studie zur Familiendynamik in Pflegefamilien das Verhältnis von Pflegeeltern, Pflegekind und Herkunftseltern. Kötter entwickelte das Pflegeelterninterview als ein „*theoriegeleitetes teilstrukturiertes Instrument zur Erfassung der Dynamik in Pflegefamilien*“ (ebenda). Ausgegangen wird dabei von einem Verständnis der erweiterten Pflegefamilie als Beziehungsdreieck von Pflegeeltern, Pflegekind und der Herkunftseltern. Dabei wirkt sich das Beziehungsgeflecht sowohl auf die Binnenstruktur der Pflegefamilie als auch auf die Entwicklung der Beziehungen des Pflegekindes in der Pflegefamilie aus (ebenda). Die Ausgangslage jeder der Beteiligten Pflegefamilie, Pflegekind und Herkunftsfamilie und die Bedeutung dieses Beziehungsdreiecks an sich und wird im folgenden Kapitel beschrieben.

Für die Gestaltung von Pflegeverhältnissen sind die gesetzlichen Bestimmungen des KJHG und die Regelungen des BGB von Bedeutung. Mit der Neuformulierung des KJHG in den Jahren 1990/91 gestaltete sich ein Perspektiven- und Paradigmenwechsel, der charakterisiert war von der Umorientierung staatlicher Sozialarbeit hin zur Zusammenarbeit und Partnerschaftlichkeit mit allen an den Jugendhilfemaßnahmen beteiligten Personen. Dies hatte auch erhebliche Auswirkungen auf die Ausgestaltung der Hilfen zur Erziehung in der Vollzeitpflege. In diesem Zuge ist die Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie zu einer bedeutenden Aufgabe im Pflegekinderwesen geworden. Die §§ 36 (Mitwirkung, Hilfeplan) und 37 (Zusammenarbeit bei Hilfen außerhalb der eigenen Familie) KJHG regeln die Zusammenarbeit zwischen Pflegefamilie und Herkunftsfamilie. Dabei § 36 sieht die Mitwirkung von Kindern, Jugendlichen und ihren personensorgeberechtigten Eltern an der Gestaltung der Hilfen und auch bei der Auswahl der Pflegestelle vor. Nicht die Fachkräfte sollen die Entscheidung über die Hilfeform und damit über den weiteren Lebensverlauf des Kindes treffen. Vielmehr soll ein gemeinsamer Aushandlungs- und Verständigungsprozess zu einer

Entscheidung führen, welche die Bedürfnisse und Interessen aller Beteiligten berücksichtigt. *„Das Ziel der Hilfe ist nicht das Kind, sondern das Eltern-Kind-System“* (Münder 2003). Dabei regelt § 37 die Beziehungen zwischen Pflege-familien und Herkunftsfamilien. Bei der Unterbringung in einer Pflegefamilie *„soll darauf hingewirkt werden, dass die Pflegeperson und die Eltern zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zusammenarbeiten“* (§ 37 Abs. 1 KJHG). Dabei geht es um die Sicherung der Beteiligungs- und Mitwirkungsrechte im Hilfeprozess und um den Kontakt zur Herkunftsfamilie, welcher in Besuchskontakten des Kindes mit seinen Eltern gestaltet werden kann.

Das folgende Kapitel geht explizit auf die am Prozess der Inpflegenahme Beteiligten ein und zeichnet das Beziehungsgeflecht ab, welches zwischen der Pflegefamilie, dem Pflegekind und der Herkunftsfamilie in den unterschiedlichsten Konstellationen entsteht.

### **3.1 Die Herkunftsfamilie**

Der Begriff der *„Herkunftsfamilie“* ist gegenüber dem Begriff der *„Pflegeperson“* eng gefasst und bezieht sich allein auf die biologischen Eltern eines Kindes oder Jugendlichen. (Münder u.a. 1999) In der Regel wurden das Kind oder die Kinder in der Familie geboren und wurde mit zumindest einem Elternteil im familiären Kontext sozialisiert.

#### **3.1.1 Lebenssituation und Lebensbedingungen von Herkunftsfamilien**

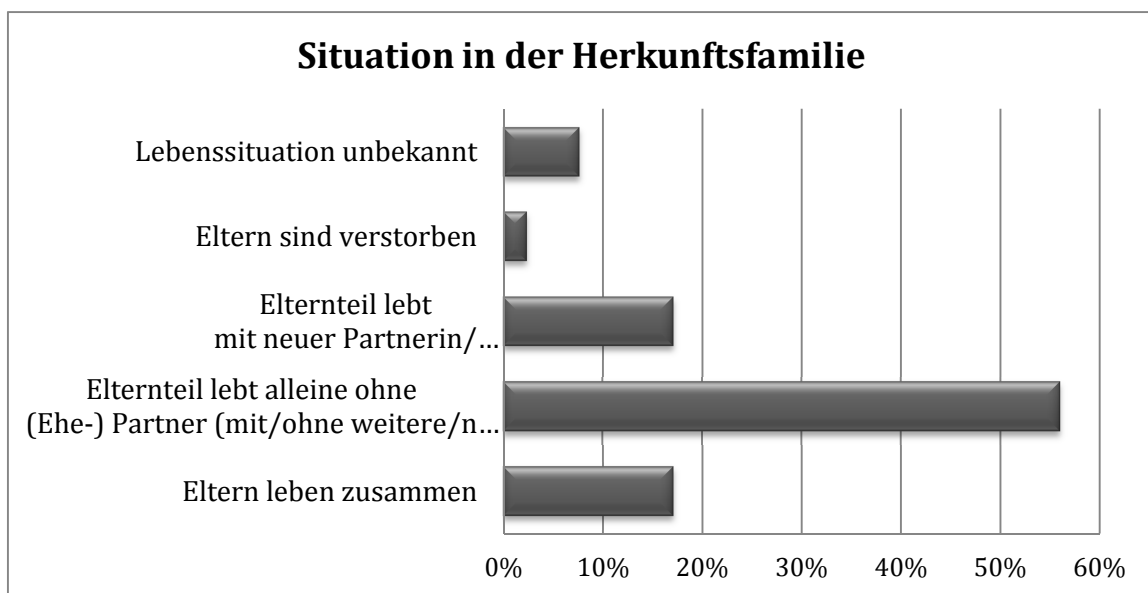
Dieses Kapitel bezieht, neben der aktuellen Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2014, eine Fallerhebung<sup>9</sup> des DJI (Thrum 2007) ein, welche umfangreiche Ergebnisse in Bezug auf die Lebenssituation von Herkunftsfamilien bei Inpflegenahme bietet.

---

<sup>9</sup> In der Fallerhebung des DJI (Thrum 2007) konnten insgesamt 632 Pflegeverhältnisse ausgewertet werden; Daten von 505 Herkunftsfamilien und 461 Pflegefamilien.



Bei der Betrachtung der Situation in der Herkunftsfamilie in Bezug auf die Zusammensetzung wird deutlich, dass bei Inpflegenahme ein überproportional hoher Anteil (61%, von 309 Pflegekindern) der Herkunftsfamilien aus alleinerziehenden Müttern bestand (vgl. Helming/ Kindler/ Thrum 2011, S. 263). Die aktuellen Zahlen der Jugendhilfestatistik 2014<sup>10</sup> bestätigen dieses Verhältnis, dass für das Jahr 2014 mit den Hilfen in Vollzeitpflege zum Stand 31.12. von 39213<sup>11</sup> allein lebenden Elternteilen ausgegangen werden kann. Dies entspricht einem Anteil von ca. 56%. Der Anteil der zusammen lebenden Eltern beträgt zum selben Zeitpunkt ca. 17%, ebenso wie der Anteil der Elternteile, die mit einer neuen Partnerin oder einem neuen Partner leben. Insgesamt lebten zu diesem Zeitpunkt ca. 2,3% der Kinder- und Jugendlichen in Vollzeitpflege, da ihre Eltern verstorben waren. Bei 7,3% der Kinder- und Jugendlichen war die Lebenssituation in der Herkunftsfamilie unbekannt. Die folgende Abbildung (Abb. 6) zeigt die Situation in den Herkunftsfamilien zum Zeitpunkt der Inpflegenahme bezogen auf Kinder und Jugendliche in Vollzeitpflege zum Stichtag 31.12.2014.

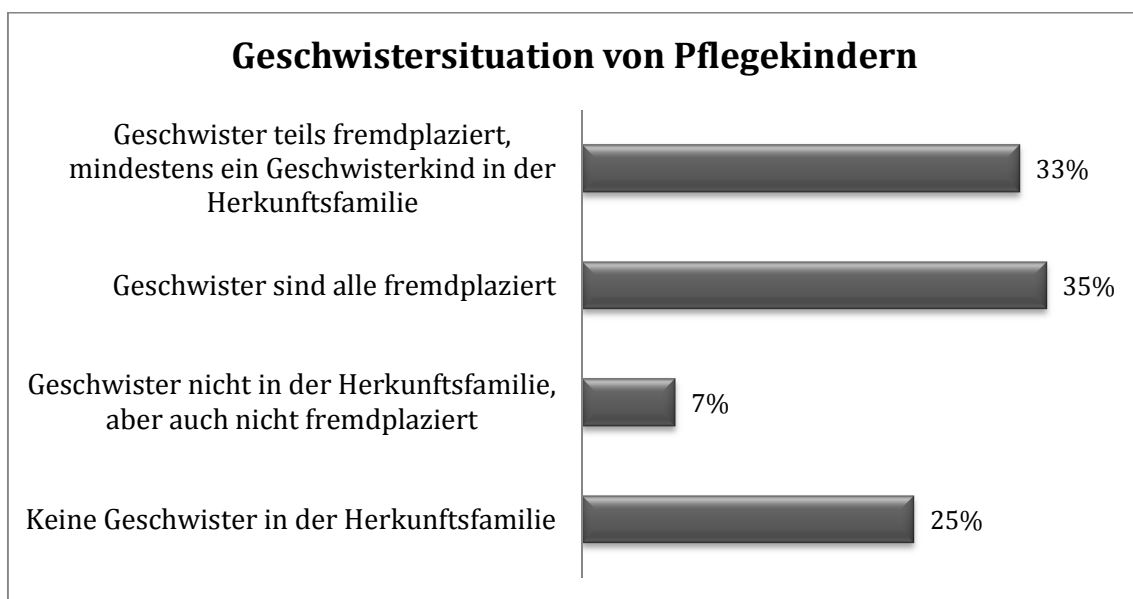


**Abbildung 6 Situation in der Herkunftsfamilie; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016; eigene Berechnung und Darstellung)**

<sup>10</sup> Statistik der Kinder- und Jugendhilfe Teil I, Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige, Hilfen für junge Menschen 2014 nach persönlichen Merkmalen und Situation in der Herkunftsfamilie sowie nach Art der Hilfe, Vollzeitpflege § 33 SGB VIII

<sup>11</sup> Zum Stichtag 31.12.2014 lebten laut Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2014 insgesamt 69 823 Kinder und Jugendliche in Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII.

Die Fallerhebung des DJI (Thrum 2007) gibt weiterhin Auskunft über weitere Kinder in der Pflegefamilie. Zum Zeitpunkt der Inpflegenahme lebten demnach in 61% der Herkunftsfamilien außer den Pflegekindern weitere leibliche Kinder, Stief- und/ oder Halbgeschwister. Des Weiteren lebten in 25% der Herkunftsfamilien keine Geschwister und in 7% lebten die Geschwister nicht (mehr) in der Herkunftsfamilie, waren aber auch nicht fremdplaziert, z.B. lebten erwachsene Geschwister bereits in der eignen Wohnung. In 35% der Herkunftsfamilien waren zum Zeitpunkt der Inpflegenahme alle weiteren Geschwister ebenfalls fremdplaziert und in 33% der Fälle waren die Geschwister teils fremdplaziert, mit jedoch mindestens einem verbleibenden Geschwisterkind in der Herkunftsfamilie. Die folgende Abbildung (Abb. 7) zeigt die Geschwistersituation von Pflegekindern zum Zeitpunkt der Inpflegenahme.

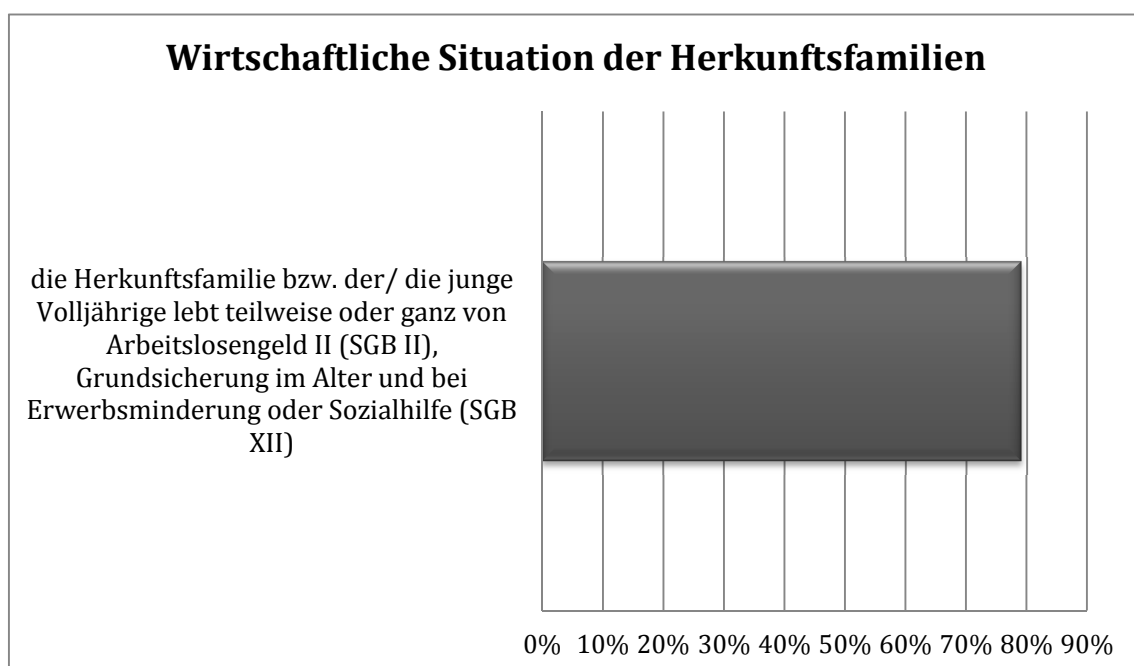


**Abbildung 7 Geschwistersituation von Pflegekindern (vgl. Thrum, 2007)**

Relevant ist dieses Ergebnis in Bezug darauf, dass eine gegebene Geschwistersituation den Kontakt zwischen dem Pflegekind und der Herkunftsfamilie maßgeblich beeinflusst. Für das Pflegekind kann es einen großen Unterschied machen, das es alleine nicht mehr in der Herkunftsfamilie lebt und weitere Geschwister dort weiter leben oder *„ob weitere/ alle Kinder der Familie nicht in der Herkunftsfamilie leben: Für Pflegekinder kann es durchaus schwer nachvollziehbar sein, dass sie selbst in einer Pflegefamilie leben, die Geschwister*

*jedoch weiter in der Herkunftsfamilie verbleiben – und umgekehrt. Das kann vielfältige Zweifel und Fragen aufwerfen“ (Helming/ Kindler/ Thrum 2011, S. 266).*

In Bezug auf die Wirtschaftliche Situation in den Herkunftsfamilien lassen sich folgende Ergebnisse zusammenfassen. Die folgende Abbildung (Abb. 8) zeigt die aktuellen Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistik 2014. Darin wird die wirtschaftliche Situation der Herkunftsfamilie zum Zeitpunkt 31.12.2014 wiedergegeben. Demzufolge lebten zum Stichtag 79% der Herkunftsfamilien von staatlichen Transferleistungen.

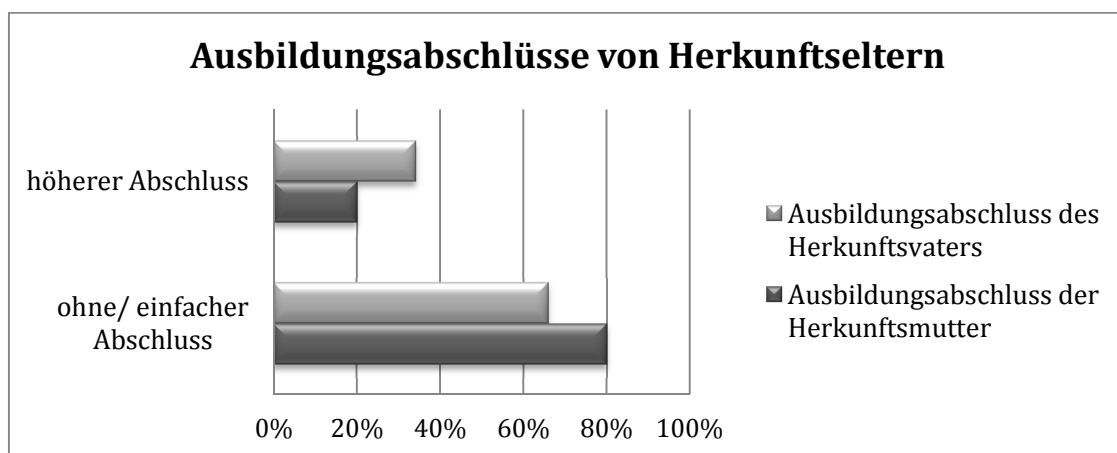


**Abbildung 8 Wirtschaftliche Situation der Herkunftsfamilie; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016; eigene Berechnung und Darstellung)**

Bereits die Fallerhebung des DJI (Thrum 2007) ist zu einem nahezu gleichen Ergebnis gekommen, 80% der einbezogenen Herkunftsfamilien lebten zum Befragungszeitpunkt von ALG II/ Sozialhilfe. Im Rahmen der Fallerhebung wurde weiterhin die wirtschaftliche Situation zu zwei Erhebungszeitpunkten betrachtet: zum Zeitpunkt der Inpflegenahme und zum Zeitpunkt der ersten Fremdplatzierung des Pflegekindes. Insgesamt hat sich bei 87% der Herkunftsfamilien, deren Daten auswertbar waren, in Bezug auf die materiellen Ressourcen zwischen dem Zeitpunkt der Inpflegenahme und dem Erhebungszeitpunkt nichts verändert. Diese Datenlage zeigt auf, „dass prekäre materielle Lebenssituationen in den Herkunftsfamilien keineswegs Einzelfälle und zudem dauerhaft sind“ (Rauschenbach

u.a. 2009, S. 10). Dies hängt unter anderem auch mit dem hohen Anteil der Alleinerziehenden unter den Herkunftsfamilien zusammen: „ Von allen Alleinerziehenden, die jenseits der Erziehungsberatung eine Hilfe in Anspruch nehmen, sind 70% auf Transferleistungen angewiesen. Zum Vergleich: Bei Ehepaaren und nichtehelichen Lebensgemeinschaften liegt dieser Wert bei 48%. Verdeutlicht wird hierüber, dass insbesondere Alleinerziehende durch zusätzliche Belastungen in Form von fehlenden materiellen Ressourcen stärker unter Druck geraten. Die Wahrscheinlichkeit negativer Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten steigt dadurch (...)“. (ebenda)

Bei der Betrachtung von Lebenssituationen und Lebensbedingungen rücken nun auch die Ausbildungsabschlüsse von Herkunftsfamilien in den Blick. Die folgende Abbildung (Abb. 9) bezieht sich auf die Ausbildungsabschlüsse von Herkunftseltern und differenziert dabei den Ausbildungsabschluss des Herkunftsvaters und den der Herkunftsmutter jeweils nach ohne Abschluss/ einfacher Abschluss, bzw. höherer Abschluss.



**Abbildung 9 Ausbildungsabschlüsse von Herkunftseltern (vgl. Thrum, 2007)**

Im Rahmen der Fallerhebung des DJI (Thrum 2007) konnte weiterhin erhoben werden, welche Schulabschlüsse von den Herkunftseltern erworben wurden. Dabei war von 47% der Herkunftsmütter der höchste Bildungsabschluss unbekannt. Von den verbleibenden 53% der Herkunftsmütter hatten 37% keinen Schulabschluss, weitere 18% hatten einen Förderschulabschluss, 25% einen Hauptschulabschluss. Bei 76% der Herkunftsväter war der höchste Ausbildungsabschluss unbekannt. Von den verbleibenden 24% der Herkunftsväter

hatten 21% keinen Schulabschluss, 15% einen Abschluss der Förderschule und 36% einen Hauptschulabschluss. Auch Zahlen zur Beschäftigungssituation spiegeln dieses wieder. Demnach ergibt sich sowohl bei den Pflegevätern als auch bei den Pflegemüttern ein hoher Prozentsatz von Arbeitslosigkeit, bei den Herkunftsvätern sind es 56% (vgl. Thrum 2007).

Bei der Betrachtung der Daten fallen ganz besonders die Ausbildungsabschlüsse der Herkunftsmütter auf, die zwar mit Blick auf die der Herkunftsväter wenig differieren, jedoch auf die Tatsache der Situation der Alleinerziehenden bezogen, das wirtschaftliche Dilemma der Vielzahl der Pflegefamilien spiegeln.

*„Der Großteil der Herkunftsfamilien lebt also eher dauerhaft sozial randständig und ressourcenarm, mit wenig Einkommen und wenig Bildung, wie die Daten der Fallerhebung des DJI zeigen“* (Thrum 2007).

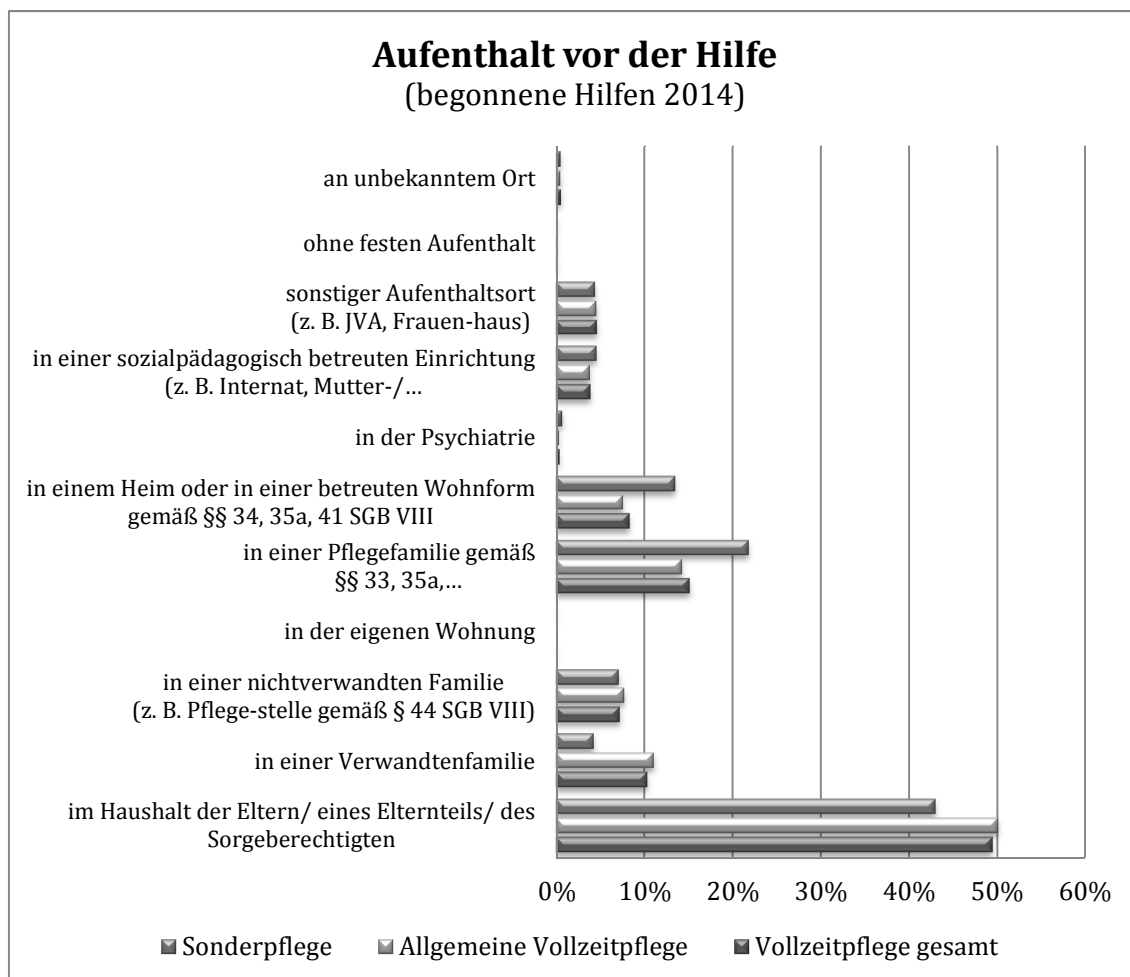
### **3.1.2 Gründe für eine Fremdunterbringung von Kindern**

Blandow (2006) fasst Gründe<sup>12</sup> der Inpflegenahme wie folgt zusammen und beschreibt diese, als *„zum Konstrukt ‚Problemfamilie‘ verdichtete Mehrfachprobleme (...). Ausschließlich wirtschaftliche oder gesundheitliche Probleme der Eltern spielen in der Gegenwart kaum noch eine Rolle, sind aber häufig Begleiterscheinungen. Es sind allerdings weniger diese familiären Hintergründe an sich, vielmehr die sich aus der familiären Lage ergebenden Betreuungsmängel und/ oder Auffälligkeiten eines Kindes oder Jugendlichen, die den eigentlichen Anlass für die Inpflegegabe bieten. Neben unspezifischen Nennungen wie Überforderung der Eltern mit der Erziehung und Erziehungsschwierigkeiten (...) Vernachlässigung und unzureichende Versorgung des Kindes“* (ebenda S. 125f.). So geht es bei einer Inpflegenahme in den wenigsten Fällen um aktuelle Krisensituation und Notlage. Meist gehen der Entscheidung das Kind aus der Herkunftsfamilie zu nehmen und in eine Pflegefamilie zu platzieren andauernde Unterversorgungslagen und biografische Deprivationsgeschichten voraus (vgl. Helming/ Kindler/ Thrum 2011, S. 270). In

---

<sup>12</sup> vgl. auch Faltermeier (2000, 2001); Helming (2002a); Erzberger (2003); Walter (2004); Rock u.a. (2008)

der folgenden Abbildung (Abb. 10) wurde auf Grund der Zahlen des Statistischen Bundesamtes, bezogen auf die begonnenen Hilfen 2014, der Aufenthalt von Kindern und Jugendlichen vor der Hilfe dargestellt.

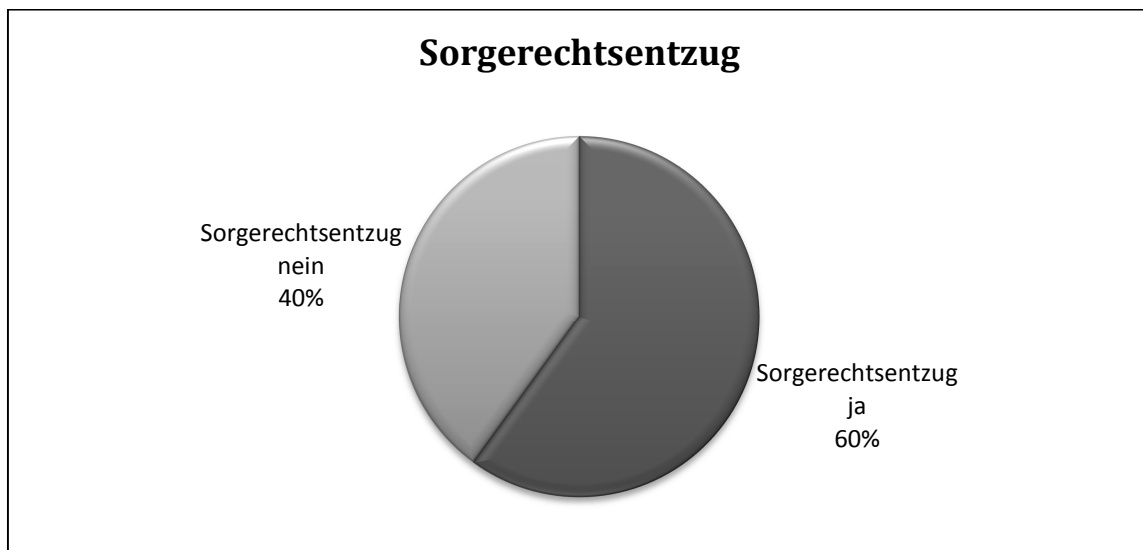


**Abbildung 10 Aufenthalt vor der Hilfe; begonnene Hilfen 2014; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016 - eigene Berechnung und Darstellung)**

Die Zahlen der aktuellen Kinder- und Jugendhilfestatistik zeigen deutlich, dass zum Zeitpunkt der Inpflegenahme nur noch nahezu jedes Zweite Kind oder jeder zweite Jugendliche im Haushalt der Eltern, eines Elternteils oder des Sorgeberechtigten gelebt hat. Bei den Kindern und Jugendlichen, welche im Rahmen der Vollzeitpflege in einer Pflegefamilie der Sonderpflege untergebracht sind, zeichnet sich Unterschied ab. Kinder und Jugendliche in Sonderpflege haben nur mit einem Prozentsatz von 42,97% vor der Hilfe im Haushalt der Eltern, eines Elternteils oder des Sorgeberechtigten gelebt. Bei der Betrachtung der Zahlen für die Sonderpflege wird auch deutlich, dass vor Beginn der Hilfe 21,82% der Kinder und

Jugendlichen bereits in einer Pflegefamilie (gemäß §§ 33, 35a, 41 SGB VIII) gelebt haben, zu 14,35% der Pflegekinder in der Allgemeinen Vollzeitpflege<sup>13</sup>. Weiterhin haben 13,49% der Kinder und Jugendlichen in Sonderpflege vor der Hilfe bereits in einem Heim oder in einer betreuten Wohnform (gemäß §§ 34, 35a, 41 SGB VIII) gelebt, hingegen nur 7,74% der Kinder und Jugendlichen in der Allgemeinen Vollzeitpflege. In diesen Zahlen spiegelt sich der deutlich erhöhte Bedarf von Pflegekindern in Sonderpflege wieder.

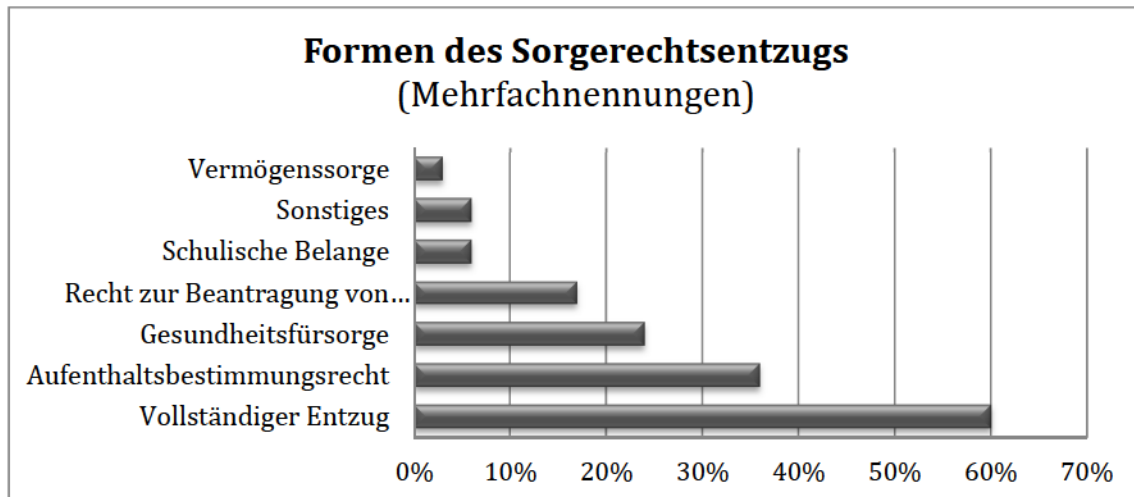
Weitere Daten aus der Fallerhebung des DJI (Thrum 2007) spiegeln die Tatsache wider, „dass die Inpflegenahme nicht immer im Einverständnis mit den Eltern verläuft“ (vgl. Helming/ Kindler/ Thrum 2011, S. 270). Nach einer vorangegangenen familiengerichtlichen Auseinandersetzung wurden fast 40% der Kinder „mit einem Sorgerechtsentzug fremdplaziert, in 60% der Fälle gab es bei der Inpflegengebe keinen Sorgerechtsentzug; die Kinder wurden also mit Zustimmung der Eltern fremdplaziert, mag sie auch in vielen Fällen eher unter Druck zustande kommen“ (ebenda, S. 271). Die folgende Abbildung (Abb. 11) zeigt den prozentualen Anteil der Sorgerechtsentzüge (Thrum 2007).



**Abbildung 11 Sorgerechtsentzug ja - nein (vgl. Thrum, 2007)**

<sup>13</sup> Der Begriff der Allgemeinen Vollzeitpflege ist den Formulierungen des Statistischen Bundesamtes entnommen und bezieht sich hierbei auf Gesamtheit aller in Vollzeitpflege befindlichen Kinder und Jugendlichen abzüglich der Kinder und Jugendliche in Sonderpflege.

Bezogen auf die Zahlen der Fallerhebung<sup>14</sup> des DJI (Thrum 2007) wurde bei 60% das Sorgerecht vollständig entzogen und bei weiteren 36% wurde das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen. In der folgenden Abbildung (Abb. 12) werden weitere Formen des Sorgerechtsentzugs dargestellt.



**Abbildung 12 Formen des Sorgerechtsentzugs (vgl. Thrum, 2007)**

Die jährliche Kinder- und Jugendhilfestatistik<sup>15</sup> benennt und charakterisiert dabei noch weitere Gründe für eine Hilfestellung:

- *Unversorgtheit des jungen Menschen*, die beispielsweise durch den Ausfall der Bezugspersonen wegen Krankheit, stationärer Unterbringung, Inhaftierung, Tod eintreten kann. Auch unbegleitet eingereiste Minderjährige zählen hier dazu.
- Eine *unzureichende Förderung/Betreuung/Versorgung des jungen Menschen* in der Familie, die beispielsweise durch soziale, gesundheitliche, und wirtschaftliche Probleme ausgelöst und/ oder verstärkt werden können.
- Eine *Gefährdung des Kindeswohls* durch beispielsweise Vernachlässigung, körperliche, psychische und sexuelle Gewalt in der Familie.

<sup>14</sup> N = 245 Fälle

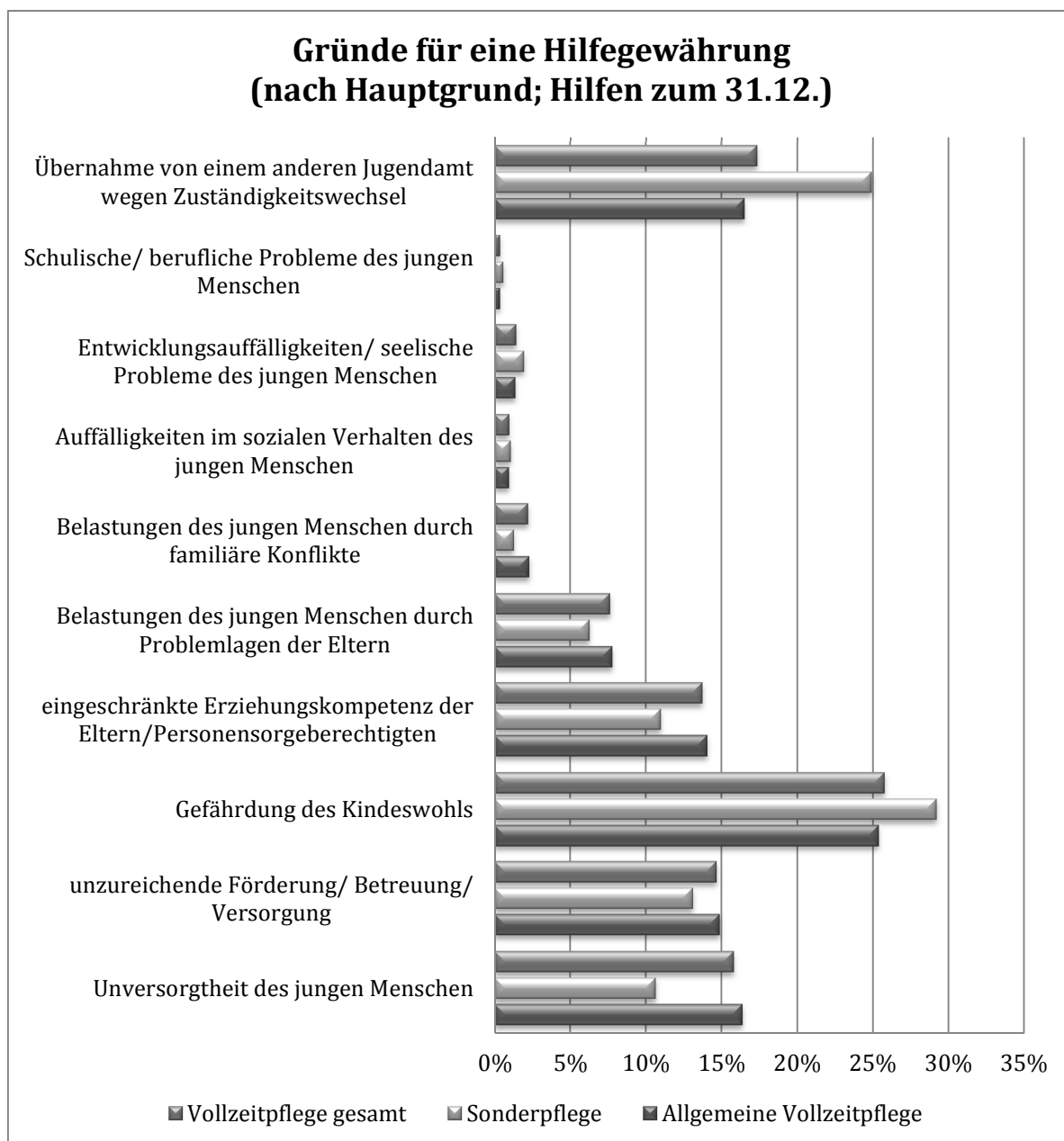
<sup>15</sup> Die Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe erscheinen jährlich. Am 11.01.2016 erschien die Statistik für das Jahr 2014.



- Eine *eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern oder der Personensorgeberechtigten* durch beispielsweise Erziehungsunsicherheit, pädagogische Überforderung oder unangemessene Verwöhnung.
- *Vielfältige Belastungen des jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern*, wie beispielsweise psychische Erkrankung, Suchtverhalten, eine geistige oder seelische Behinderung.
- *Vielfältige Belastungen des jungen Menschen durch familiäre Konflikte*, wie beispielsweise Partnerkonflikte, Trennung und Scheidung, Umgangsstreitigkeiten, Sorgerechtsstreitigkeiten, Eltern-/ Stiefeltern-Kind-Konflikte oder migrationsbedingte Konfliktlagen.
- *Vielfältige Auffälligkeiten im sozialen Verhalten* (dissoziales Verhalten) des jungen Menschen durch beispielsweise Gehemmtheit, Isolation, auftretende Geschwisterrivalität, Weglaufen, Aggressivität, Drogenkonsum, Alkoholkonsum, Delinquenz/Straftat).
- *Vielfältige Entwicklungsauffälligkeiten/seelische Probleme des jungen Menschen*, wie beispielsweise vorliegende Entwicklungsrückstände, Ängste, Zwänge, selbst verletzendes Verhalten oder suizidale Tendenzen.
- Die *Übernahme des jungen Menschen von einem anderen Jugendamt wegen Zuständigkeitswechsels*.
- *Vielfältige schulische oder berufliche Probleme des jungen Menschen*, wie beispielsweise Schwierigkeiten mit Leistungsanforderungen, Konzentrationsprobleme (ADS, Hyperaktivität), schulvermeidendes Verhalten (Schwänzen), oder auch Hochbegabung.

Hauptgründe für die Inpflegenahme beziehen sich dabei auf Charakteristika der Eltern und nicht auf die ressourcenarme familiäre Lebenssituation oder gar das Verhalten der Kinder und Jugendlichen selbst (vgl. Rock u.a. 2008, Thrum 2007). Als vornehmliche Gründe für eine Inpflegenahme benennen Rock u.a. (2008): eine eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern, eine unzureichende Förderung, eine Gefährdung des Kindeswohls, eine Unversorgtheit der Kinder, eine Belastung durch Problemlagen und eine Belastung durch familiäre Konflikte.

Die folgende Abbildung (Abb. 13) fasst die aktuellen Daten aus der Kinder- und Jugendhilfestatistik 2014 in Bezug auf die Gründe für eine Hilfgewährung, bezieht sich dabei auf die jeweils dokumentierten Hauptgründe und differenziert nach Vollzeitpflege gesamt, Sonderpflege und Allgemeine Vollzeitpflege der Hilfen zum 31.12.2014.



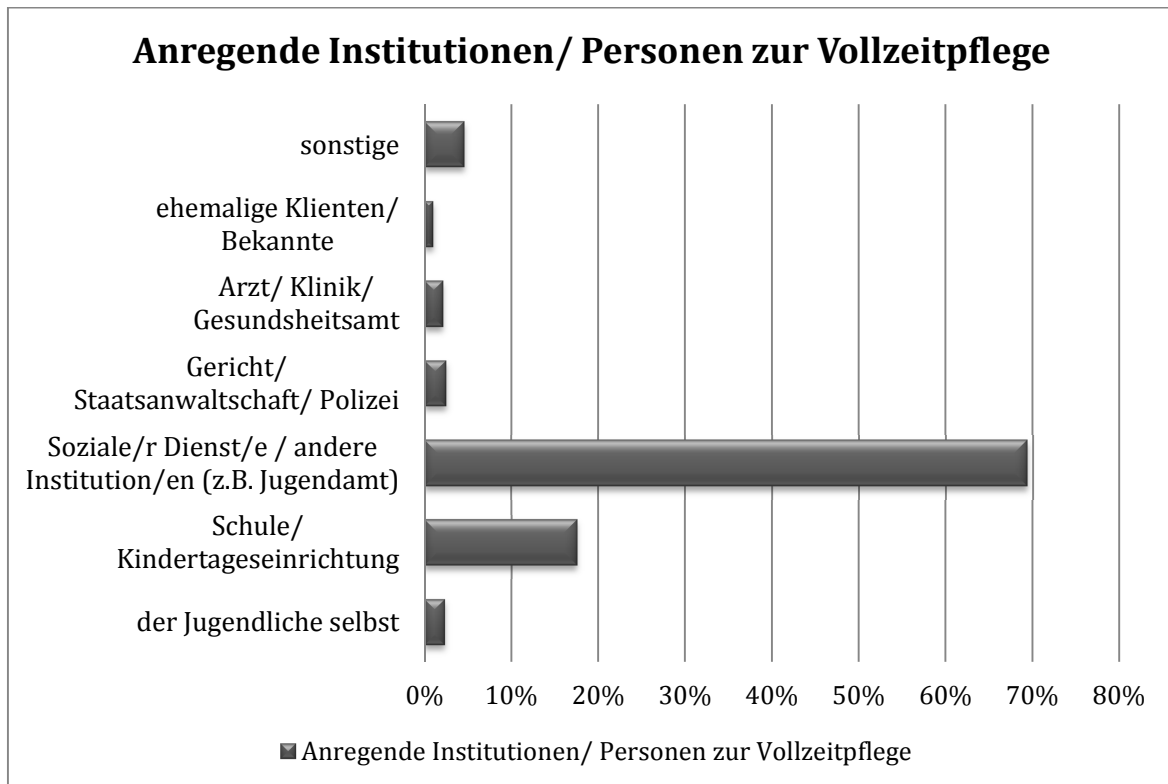
**Abbildung 13 Gründe der Hilfgewährung; nach Hauptgrund; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016; eigene Berechnung und Darstellung)**

Bei der Betrachtung der Gründe für eine Hilfgewährung auf der Basis der im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfestatistik erhobenen Daten bestätigen sich

auch die von Rock u.a. (2008) und Thrum (2007) genannten Hauptgründe für die Inpflegenahme. Betrachtet man die Gründe für alle zum Stichtag in Vollzeitpflege lebenden jungen Menschen (Vollzeitpflege gesamt), so rangieren die *„Gefährdung des Kindeswohls“* mit einem Wert von 25,76%, die *„Unversorgtheit des den jungen Menschen“* mit einem Wert von 15,81%, die *„unzureichende Förderung/ Betreuung/ Versorgung“* mit 14,66%, die *„eingeschränkte Erziehungskompetenz von Eltern und Personensorgeberechtigten“* mit 13,74%, sowie die *„Belastung des jungen Menschen durch Problemlage der Eltern“* mit 7,63%. Alle genannten Gründe beziehen sich eindeutig auf die Charakteristika der Eltern.

Bei der Betrachtung der Datenlage für die Sonderpflege ist es interessant, dass die *„Gefährdung des Kindeswohl“* mit einem Wert von 29,19% deutlich über dem der Allgemeinen Vollzeitpflege mit 25,38% liegt. Anzunehmen ist, das Herkunftseltern ihren Kindern, welche später in der Sonderpflege beschrieben werden als junge Menschen, die erheblich in ihrer emotionalen, sozialen, körperlichen und/ oder geistigen Entwicklung beeinträchtigt sind und einer besonders intensiven sowie zeitaufwendigen pflegerischen oder psychologischen Betreuung bedürfen, in keiner Weise gerecht werden können. Diese Tatsache kann auf Grund der besonderen Bedürfnisse dieser Kinder und Jugendlichen viel schneller zu einer *„Gefährdung des Kindeswohls“*, als bei jungen Menschen im Rahmen der Allgemeinen Vollzeitpflege führen. Verstehen lassen sich dann die deutlich niedrigeren Werte im Bereich der Sonderpflege für die Gründe *„Unversorgtheit des jungen Menschen“* mit 10,64% (Allgemeine Vollzeitpflege = 16,39%) und *„unzureichende Förderung/ Betreuung/ Versorgung des jungen Menschen“* mit 13,10% (Allgemeine Vollzeitpflege = 14,87%) als eine mögliche Verlagerung, die einen Schwerpunkt bei der *„Gefährdung des Kindeswohls“* findet und ebenfalls eine *„Unversorgtheit des jungen Menschen“* und *„unzureichende Förderung/ Betreuung/ Versorgung des jungen Menschen“* impliziert.

Die folgende Abbildung (Abb. 14) zeigt einen Überblick darüber, welche Institutionen oder auch Personen zu einer Inpflegenahme im Rahmen der Vollzeitpflege anregen.



**Abbildung 14 Anregende Institutionen/ Personen zur Vollzeitpflege; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt; eigene Berechnung und Darstellung)**

Mit nahezu 70% (69,34%) werden die meisten Inpflegenahmen von Sozialen Diensten und Institutionen, wie Jugendämtern angeregt und initiiert. Dies macht deutlich, in welchem Maße Herkunftsfamilien bereits im Vorfeld bekannt sind. In diesem Zusammenhang sprechen Minuchin u.a. (2000) auch von „*Behördenfamilien*“, deren Chancen, ein eigenständiges Leben zu führen, äußerst gering sind“. An zweiter Stelle rangieren Schule und Kindertageseinrichtungen, die mit 17,50% zu nahezu jeder fünfter Inpflegenahme anregen. In den Kernfamilien, aus denen Kinder in eine Pflegefamilie fremdplaziert werden, leben oftmals auch Geschwister, welche in Schule oder Kindertageseinrichtung vielfach augenscheinlich werden.

Die sozio-ökonomischen Belastungen der Herkunftsfamilien, die hauptsächlich zur Inpflegenahme von Kindern und Jugendlichen führen, können Fachkräfte der Jugendhilfe kaum verändern. So „*werden die familiären Probleme und Konflikte deshalb tendenziell eher vor dem Hintergrund erzieherischer Lücken und Defizite bei den Eltern interpretiert. Das erklärt auch, warum Fachkräfte häufig den*

*Herkunftseltern mit Schuldzuweisungen und Disziplinierungswünschen gegenüber-treten. Herkunftseltern ihrerseits wiederum fühlen sich dadurch in ihrer Annahme bestätigt, dass das Jugendamt sie als ‚potenziellen‘ Störfall im Leben ihrer Kinder sieht.“ (Faltermeier 2000, S. 3)*

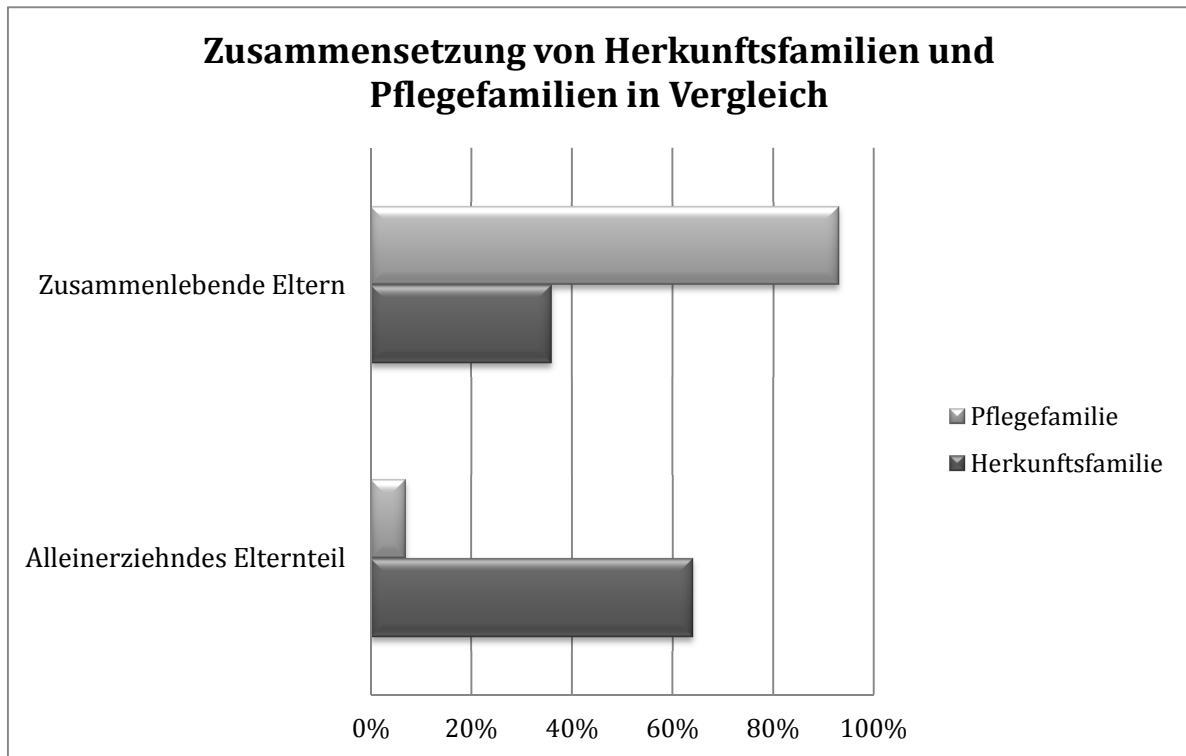
In den Herkunftsfamilien kann eine Bandbreite von Problemlagen konstatiert werden, wie lange andauernde Unterversorgungslagen und Beziehungsstörungen gepaart mit anderen Problemen wie Gewalt, Armut, Alkohol, Drogen. *„Eine besondere Kategorie von Familien in diesem Spektrum sind diejenigen, die schon seit über einer Generation der Jugendhilfe bekannt sind“* (Lillig u.a. 2000; Helming 2002). Eine Studie am DJI zeigt, dass *„diese Familien signifikant seltener als alle anderen ihre Zustimmung zur Unterbringung geben und dass die Kinder in wesentlich geringerem Maße zu ihnen nach Hause zurückkehren“* (ebenda). *„Gewalt gehört für diese Familien schon zum Lebensalltag und kommt aus zwei Richtungen: Da ist die Gewalt, die sich in den Familien selbst ereignet, und die Gewalt, die durch sozialbehördliche Interventionen in die Familien getragen wird. Die erstgenannte Form der Gewalt kommt einem zuerst in den Sinn, weil sie der herkömmlichen Assoziation entspricht. Armut, Ohnmacht und Verzweiflung sind existentielle Nöte und auch in den Familienzyklen dieser Population angelegt, was oft zu Kurzschlussreaktionen führt: Drogenmissbrauch, Kriminalität, Vergewaltigung und Gewalt.“* (Minuchin 2000, S. 42 ff)

### **3.1.3 Die Pflegefamilie und die Herkunftsfamilie**

*„Ist eine nachhaltige Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie innerhalb dieses Zeitraums nicht erreichbar, so soll mit den beteiligten Personen eine andere, dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen förderliche und auf Dauer angelegte Lebensperspektive erarbeitet werden“.* (§ 37 KJHG Abs. 1) Im Rahmen der Vollzeitpflege bietet die Fremdunterbringung eines Kindes oder Jugendlichen in eine Pflegefamilie diese Möglichkeit.

Im Gegensatz zu den Lebenssituationen und Lebensbedingungen in den Herkunftsfamilien sind diese in den Pflegefamilien deutlich positiver einzu-

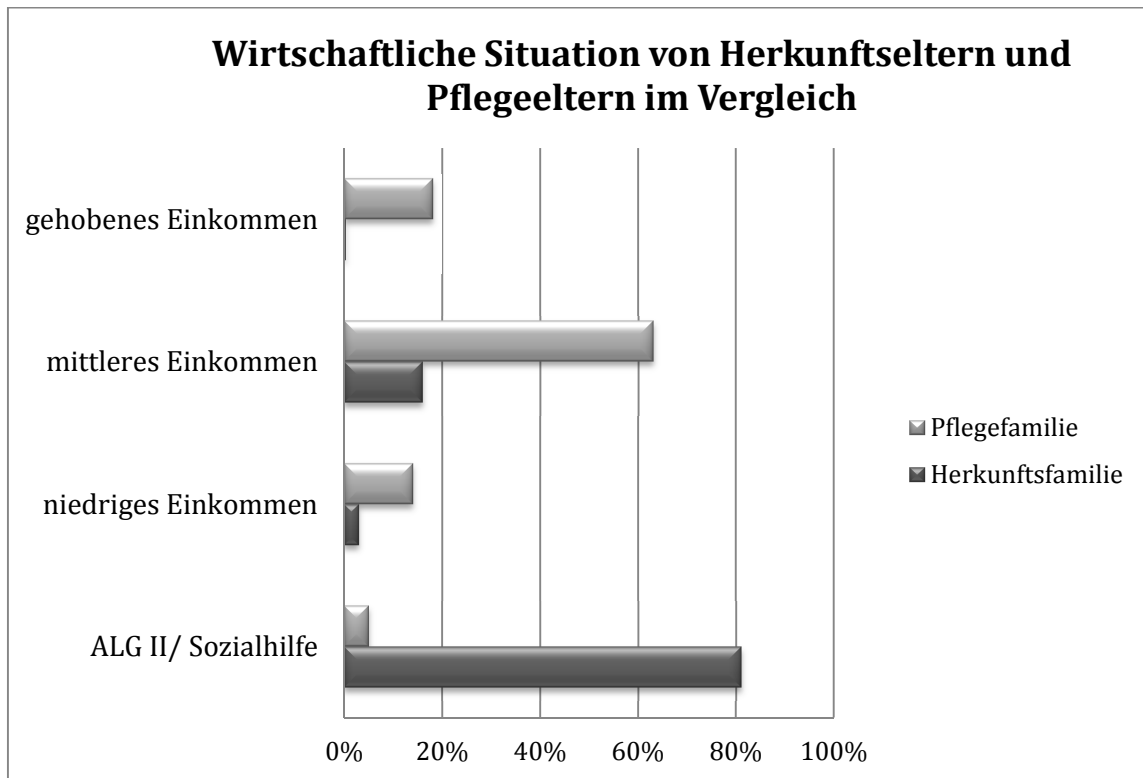
schätzen. In der folgenden Betrachtung finden vergleichend, sowohl die Zusammensetzung der Familien, die wirtschaftliche Situation und die Ausbildungsabschlüsse, Beachtung. Die folgende Abbildung (Abb. 15) zeigt, wie in der Fallerhebung des DJI (Thrum 2007) erhoben, die Familienstruktur von Herkunftsfamilien und der Pflegefamilien im Vergleich auf.



**Abbildung 15 Zusammensetzung von Herkunftsfamilien und Pflegefamilien im Vergleich (vgl. Thrum, 2007)**

Betrachtet man die Zusammensetzung der Familien, so leben in 93% der Fälle Pflegeeltern innerhalb einer Pflegefamilie, sowohl verheiratet als auch unverheiratet, zusammen. Lediglich 7% der Pflegepersonen gelten als alleinerziehend, wobei der Begriff jeweils als weit gefasst zu verstehen ist. Innerhalb der Herkunftsfamilien lebt lediglich ein Drittel der Eltern zusammen (36%) und nahezu zwei Drittel (64%) gelten als alleinerziehend.

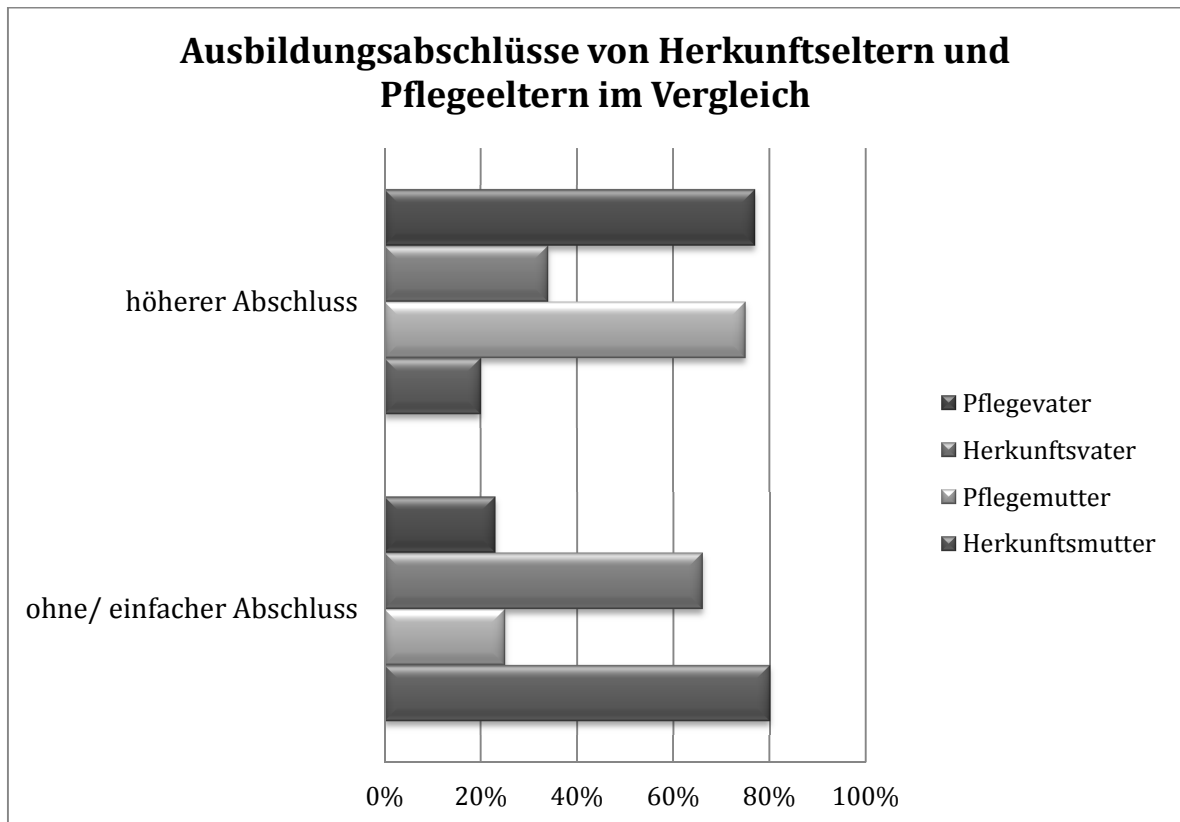
Die folgende Abbildung (Abb. 16) zeigt, wie in der Fallerhebung des DJI (Thrum 2007) erhoben, die wirtschaftliche Situation der Herkunftsfamilien und der Pflegefamilien im Vergleich auf.



**Abbildung 16 Wirtschaftliche Situation von Herkunftseltern und Pflegeeltern im Vergleich (vgl. Thrum, 2007)**

Die wirtschaftliche Situation der Herkunftsfamilien ist demnach deutlich weniger positiv einzuschätzen, als die der meisten Pflegeeltern. Ein Grund dafür mag vor allem in der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation (Abb. 15) liegen. Demnach leben 81% der Herkunftsfamilien von staatlichen Transferleistungen (ALG II/ Sozialhilfe); bei den Pflegefamilien liegt dieser Anteil bei 5%. Weiterhin verfügen 3% der Herkunftsfamilien über ein niedriges und 16% über ein mittleres Einkommen. Diese Zahlen weisen einen deutlichen Unterschied zu den Einkommensverhältnissen innerhalb der Pflegefamilien auf, in denen 63% über ein mittleres, 18% über ein hohes und lediglich 14% über ein niedriges Einkommen verfügen.

Betrachtet man abschließend die Ausbildungsabschlüsse, wie in der Fallerhebung des DJI (Thrum 2007) erhoben, (Abb. 17) von Herkunftseltern und Pflegeeltern so kann man weitere maßgebliche Unterschiede feststellen.



**Abbildung 17 Ausbildungsabschlüsse von Herkunftseltern und Pflegeeltern im Vergleich (vgl. Thrum, 2007)**

Insgesamt haben 75% der Pflegemütter und 77% der Pflegeväter einen höheren Ausbildungsabschluss als Mütter (20%) und Väter (34%) in den Herkunftsfamilien. Dagegen haben 80% der Herkunftsmütter und 66% der Herkunftsväter gar keinen, bzw. einen einfachen Bildungsabschluss. Insgesamt ist die Situation von Herkunftsfamilien und Pflegefamilien bei der Betrachtung der Datenlage diametral entgegengesetzt zu bewerten.

*„Wenn man Eltern ein Hilfsangebot macht, ist es wahrscheinlich leichter, die soziale Benachteiligung von Herkunftseltern in Handeln einzubeziehen. Im Moment einer Inobhutnahme und eines Sorgerechtsentzugs muss dagegen individuell gegen den Willen dieser Eltern gehandelt werden, und es ist nicht ganz einfach, die Seite der – oft Generationen andauernden – sozialen Benachteiligung im Auge zu behalten, wenn diese in den individuellen Verhaltensweisen sehr destruktiv zum Ausdruck kommt, vor allem den Kindern gegenüber. Das ist eine Grundfrage der Sozialen Arbeit überhaupt. Vielleicht macht es eher hoffnungslos zu sagen: Der Anlass der Inobhutnahme ist eine jahrzehntelange Benachteiligung/ Deprivation der Eltern, die*



durch die Inobhutnahme/ Fremdplatzierung weiterhin zementiert wird.“  
(Faltermeier 2000, S. 3f.)

Wolf (2015) fasst zusammen, dass in Bezug auf die Frage nach der Herkunftsfamilie bisher schnell eine Positionierung zu einem Deutungsmuster, entweder zu dem der Ersatzfamilie oder zu dem der Ergänzungsfamilie geschah. Er schlägt daher das theoretische Modell der *„Herkunftsfamilien-Pflegefamilien-Figuration“* als ein Orientierungsmittel vor, *„das eine kühlere Analyse erleichtert und eine nüchterne Perspektive von Strukturen eröffnet (...)“* (ebenda). Dabei werden Herkunftsfamilien und Pflegefamilien als Figurationen (vgl. Elias 1976) betrachtet, als spezifische Beziehungsgeflechte von voneinander abhängigen Menschen. *„Abhängig meint, dass den Menschen, die hier miteinander verbunden sind, nicht völlig gleichgültig ist, was der jeweils andere denkt, fühlt und tut“* (Wolf 2015, S. 181).

Dies spiegelt den in den vergangenen Jahren vollzogenen Paradigmenwechsel wieder, der ein grundlegendes Umdenken in der Arbeit mit den Herkunftsfamilien begründet. *„Herkunftseltern sind als Erziehungspartner auf gleicher Augenhöhe mit Pflegeeltern und Fachkräften anzuerkennen. Zentraler Baustein für eine gelingende Erziehungspartnerschaft ist dabei die Elternarbeit; über sie werden die erzieherischen Kompetenzen der leiblichen Eltern gestärkt und ausgebaut und damit eine wichtige Grundlage gelegt, das schwierige Konstrukt von öffentlicher und privater Erziehung transparent und gleichberechtigt im Interesse der betroffenen Kinder zu gestalten.“* (Faltermeier 2014, S. 124)

Die Beziehung zwischen den leiblichen Eltern und der Pflegefamilie wird sich, in Anbetracht der hohen subjektiven Bedeutung von Elternschaft kaum problemlos gestalten. Trotz der vom Gesetzgeber vorgesehenen Kooperation von Herkunftseltern und Pflegeeltern zum Wohle des Kindes, stoßen auch weiterhin offensichtlich verschiedene Interessen aufeinander. *„Kooperation wird durch Konkurrenz behindert. Das letztlich nicht zu bestreitende Versagen der leiblichen Eltern bei der Kindererziehung wird durch das Anerkennen, auf Hilfe angewiesen zu sein, bestätigt, erst recht, wenn sich herausstellen sollte, dass diese Aufgabe den*

*neuen Eltern besser gelingt. (...) Aber auch die Pflegeeltern stehen unter Konkurrenzdruck. Insbesondere dann, wenn die Pflegeeltern sich eine dauerhafte Beziehung zu ihrem Pflegekind wünschen und insofern für sich die Rolle von Bindungsperson reklamieren, werden sie die Kontakte der leiblichen Eltern zu ihrem Kind mit ängstlichem Misstrauen beobachten und elterliches Verhalten der leiblichen Eltern doch eher als Einmischung interpretieren und abwerten.“ (Schleiffer 2008)*

Demnach lässt sich von den Pflegeeltern kaum erwarten, dass sie frei von Ambivalenzen eine Verbesserung der Beziehungen zwischen dem Pflegekind und seinen leiblichen Eltern registrieren. In diesem Falle könnte ihnen die Realisierung der gesetzlich vorgesehenen Rückführung des Pflegekindes in seine Herkunftsfamilie drohen. Die geforderte Kooperation mit den leiblichen Eltern werden sie durchaus nachvollziehbar als gegen ihre eigenen Interessen gerichtet ansehen. (vgl. ebenda)

### **3.2 Das Pflegekind**

Zunächst gilt es, den Begriff des „*Pflegekindes*“ zu verorten und die grundlegenden Rechte des Kindes in den Blick zu nehmen.

Blandow (1999, S.757) bezeichnet mit dem Begriff „*Pflegekind*“ Kinder und Jugendliche, die nach Normen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) in einer „*anderen*“, also einer nicht mit ihrer Herkunftsfamilie identischen Familie, durch Vermittlung eines Jugendamtes oder einer sonst legitimierten Stelle einen zeitlich befristeten, aber mehr als nur vorübergehenden oder einen auf Dauer angelegten Sozialisationsort erhalten haben. Nicht entscheidend für den Begriff der Dauer- bzw. Vollzeitpflege ist, ob das Kind von seinem Lebensort in der „*anderen Familie*“ her auch Kontakt zu seiner Herkunftsfamilie pflegt oder ob nach einer über den üblichen Zeitraum für die Kurzzeitpflege hinausgehenden zeitlichen Spanne eine Rückkehr in die Herkunftsfamilie bzw. zu Elternteilen geplant ist.

Oberlosenkamp (2000, S. 7) merkt an, dass das Bürgerliche Recht keine Definition und keine Umschreibung des Begriffes „*Pflegekind*“ enthält. Sie definiert

schließlich das „*Pflegekind*“, als einen Minderjährigen, der sich zur Pflege und Erziehung in einer Familie außerhalb des eigenen Elternhauses aufhält. Dabei kann der Aufenthalt in Pflegestellen unterschiedliche Zielrichtungen haben. Voraussetzung dafür ist, dass eine dem Wohl des Minderjährigen entsprechende Erziehung bei den Personensorgeberechtigten nicht gewährleistet ist und diese Art der Hilfe für den Minderjährigen sowohl geeignet als auch notwendig ist. Schließlich kann der Aufenthalt in einer fremden Familie Vollzeitpflege oder Dauerpflege sein, wenn das Kind über die Woche oder ständig, vorübergehend oder dauernd im Sinne der §§ 27, 33 KJHG außerhalb des Elternhauses lebt.

In dieser Arbeit findet die folgende Definition, ein Pflegekind ist ein Kind, das vorübergehend oder dauerhaft nicht bei seinen Herkunftseltern lebt, sondern in einer anderen Familie (Pflegefamilie) über Tag und Nacht erzogen und betreut wird, Anwendung.

Grundlegende, im Grundgesetz verankert Rechte des Kindes, zeigen das Kind nicht als ein rechtliches Nullum, sondern als ein Träger von Grundrechten, ein Wesen mit eigener Menschenwürde und einem eigenem Recht auf Entfaltung seiner Persönlichkeit im Sinne der Artikel 1 Abs. 1 und Artikel 2 Abs. 1 GG: *„Die Würde des Menschen ist unantastbar, ...“* sowie *„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, ...“*. Gemäß § 1 Abs. 1 KJHG hat jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

In der UN-Kinderrechtskonvention<sup>16</sup> werden grundlegende Rechte des Kindes beschrieben. In Artikel 3 Abs. 1 kommt zu Ausdruck, *„Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, ..., ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist“*. Artikel 9 Abs. 3 beschreibt *„das Recht des Kindes, das von einem oder beiden Elternteilen getrennt ist, regelmäßige persönliche Beziehungen und unmittelbare Kontakte zu beiden Elternteilen zu pflegen, soweit dies nicht dem Wohl*

---

<sup>16</sup> Die UN-Kinderrechtskonvention (Übereinkommen über die Rechte des Kindes) ist die von den Vereinten Nationen 1989 verabschiedete Konvention über die Rechte des Kindes. Die Konvention legt Grundlagen für das Überleben, die Gesundheit und die Erziehung von Kindern fest und setzt Normen, um Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern zu verhindern.

*des Kindes widerspricht“.* Weiterhin beschreibt Artikel 20 Abs. 1 *„Ein Kind, das vorübergehend oder dauernd aus seiner familiären Umgebung herausgelöst wird oder dem der Verbleib in dieser Umgebung im eigenen Interesse nicht gestattet werden kann, hat Anspruch auf den besonderen Schutz und Beistand des Staates“.*

Werden Kinder im Rahmen der Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII in einer Pflegefamilie untergebracht, erhalten sie in Form der Pflegeeltern und Pflegepersonen feste Fürsorge- und Bezugspersonen, *„die aufgrund ihrer Verfügbarkeit potenzielle zu neuen Bindungspersonen werden“* (Kindler, Scheuerer-Englisch, Gabler, Köckeritz 2011, S. 136). Unter allen Hilfen zur Erziehung greift die Vollzeitpflege damit am stärksten sowohl in die Bindungsentwicklung eines Kindes ein, als auch auf deren Bindungsdynamik. *„Aufgrund der Bedeutung der Bindungserfahrungen eines Kindes für die Entwicklung von Selbstvertrauen, Beziehungsfähigkeit und psychischer Gesundheit ergeben sich damit für die Hilfeform ‚Pflegefamilie‘ besondere Möglichkeiten, Lebenswege von Kindern tiefgreifend zu beeinflussen“* (ebenda).

### **3.2.1 Belastungserfahrungen von Pflegekindern vor der Fremdunterbringung**

Im folgenden Kapitel werden Belastungserfahrungen von Pflegekindern vor der Fremdunterbringung beschrieben (Kap. 3.2.1). Des Weiteren werden kindliches Bindungsverhalten und die Bedeutung der Bindungsentwicklung für Pflegekinder (Kap. 3.2.2) und der Aufbau von Bindungsbeziehungen in Pflegefamilien (Kap. 3.2.3) betrachtet.

Eine Vielzahl von Umständen während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder kurz nach der Geburt werden als Geburts- und Entwicklungsrisiken für die weitere Entwicklung eines Kindes angesehen. Dazu können die Zufuhr giftiger Stoffe durch beispielsweise Alkoholkonsum oder Rauchen während der Schwangerschaft, eine vorübergehende unzureichende Sauerstoffversorgung, eine verkürzte Schwangerschaftsdauer (Frühgeburt) und eine Reihe von Infektionen, zählen. Solche Risiken lassen sich bereits kurz nach der Geburt anhand verschiedener Merkmale oder Untersuchungsbefunde bei Kindern erheben, wie beispielsweise durch das

Geburtsgewicht, den Apgar-Score oder durch das Vorhandensein kleinerer Fehlbildungen. (vgl. Reinhold & Kindler 2006) Betrachtet man folgend mit Blick auf eine besondere Gefährdung von Kindern die Alterststruktur, so Mündler, Mutke & Schone (2000), wird eine deutliche Überrepräsentation von Kleinkindern der Altersspanne von null bis drei Jahre deutlich. *„Dies spricht dafür, dass bei jüngeren Kindern tendenziell häufiger eine größere Ernsthaftigkeit der Gefährdung gesehen wird. Dies ergibt sich allgemein aus der größeren körperlichen Verletzlichkeit und der Abhängigkeit jüngerer Kinder von elterlicher Fürsorge“.*

Belastungserfahrungen von Pflegekindern vor der Fremdunterbringung können als Umweltereignisse verstanden werden und meinen auch spezifische Belastungserfahrungen von Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch. Oftmals bringen sie für Kinder und Jugendliche im Entwicklungsverlauf spürbare Beeinträchtigungen mit sich oder führen zu nachhaltigen Belastungen. Zu diesen Belastungserfahrungen zählen die pränatalen Belastungserfahrungen durch Suchtstoffe ebenso, wie postnatale Belastungserfahrungen, die in der Pflegekinderhilfe auch mit dem Begriff des „Traumas“ zusammengefasst werden. (vgl. Kindler, Scheuerer-Englisch, Gabler, Köckeritz 2011, S. 172).

Pränatale Belastung durch Suchtstoffe zeigen sich bei mindestens einem Drittel der Kinder, die in Pflege genommen wurden und bei denen die Suchtprobleme der Eltern ein wesentlicher Grund für die Fremdunterbringung gewesen<sup>17</sup> ist. Betrachtet man dabei nur die Kinder, die kurz nach der Geburt in Pflege kamen, steigt diese Zahl sogar weiter an. Schließlich ist davon auszugehen, dass ein großer Teil der Pflegekinder bereits vorgeburtlich Suchtstoffen, wie Alkohol, Opiaten und Kokain, ausgesetzt war. Unbestritten ist dabei die grundsätzliche Fähigkeit von Alkohol, pränatale Schädigungen zu verursachen. Werden Kinder und Jugendliche dadurch schwer geschädigt, wird von einem *„fetalen Alkoholsyndrom“*<sup>18</sup> gesprochen. Da Alkohol die mütterliche Plazenta passiert, sind Kinder *„nach einem mütterlichen Alkoholkonsum dem gleichen Alkoholpegel ausgesetzt wie die Mutter“* (Kindler u.a. 2011, S. 174). Die auf verschiedenen Ebenen schädigende Wirkung

---

<sup>17</sup> Dies belegen zwei große deutsche Untersuchungen (Erzberger 2003; Thrum 2007).

<sup>18</sup> Im deutschsprachigen Raum ist auch der Begriff „Alkoholembryopathie“ verbreitet.

allerdings hält beim Ungeborenen länger an, da Ungeborene Alkohol nicht oder nur sehr langsam wieder abbauen. Die Diagnose Fetales Alkoholsyndrom (FAS) muss ärztlich erfolgen und orientiert sich im Säuglings- und Kleinkindalter an folgenden Leitsymptomen: Wachstumsstörungen, wie genereller Minderwuchs und ein zu kleiner Kopf; Gesichtsfehlbildungen, wie ein auffällig schmales Lippenrot oder sehr tief angesetzte Ohren; sowie Anzeichen für eine beeinträchtigte Entwicklung des zentralen Nervensystems, wie Entwicklungs-Rückstände und Retardierungen. Zusätzlich sind weitere Fehlbildungen an anderen Organen möglich und nicht selten. Weiterhin kann die Diagnose zusätzlich abgesichert werden, wenn ein Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft bekannt ist. (vgl. Kindler u.a. 2011, S. 174). Überwiegend liegen jedoch *„exakte diagnostische Marker für einen mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft“* (ebenda) nicht vor, weil die Selbstauskünfte der betroffenen Mütter häufig unzuverlässig sind. Auffällig sind jedoch auch Kinder, die in der Gruppe pränatal geschädigter Kinder überwiegen, *„die belegbar pränatal Alkohol ausgesetzt waren und bei denen sich im späteren Entwicklungsverlauf auch deutliche Beeinträchtigungen zeigen, obwohl keine oder kaum körperliche Fehlbildungen bestehen“* (ebenda). Aufgrund der besonderen Störbarkeit der Gehirnentwicklung können schon bei geringen Alkoholmengen verschiedene Formen und Schweregrade vorgeburtlicher Alkoholschädigungen auftreten, die sich unter dem Oberbegriff *„fetale Alkohol-Spektrum-Störungen“* (FASD)<sup>19</sup> durchgesetzt haben und deren Vollbild als Fetales Alkoholsyndrom bezeichnet wird<sup>20</sup>. (ebenda)

Pränatale Belastungen werden auch durch Opiate (z.B. Heroin, Methadon) erfahren. Diese passieren ebenso wie Alkohol die Plazenta, so dass Kinder eine Abhängigkeit entwickeln und nach der Geburt einen Entzug erleben können. Dieser Entzug wird auch als *„neonatales Absistenzsyndrom“* bezeichnet.

---

<sup>19</sup> Fachkräften in der Pflegekinderhilfe können auch die Begriffe „partielles FAS“ oder „Alkoholeffekt“ begegnen. (vgl. Kindler u.a. 2011, S. 175)

<sup>20</sup> Die Prävalenz von FAS liegt in Deutschland zwischen 0,2 bis 8,2 pro 1 000 Geburten. „Das Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms tritt nach Expertenschätzung nur bei zehn Prozent aller Kinder mit pränatalen Alkohol-Folgeschäden auf. Das bedeutet, dass FASD eine der häufigsten angeborenen Erkrankungen darstellt, ohne als solche bislang erkannt und berücksichtigt zu werden.“ (Landgraf & Heinen 2012)

Beschrieben wird, dass betroffene Kinder auffällig schrill schreien und oft Trinkstörungen aufzeigen. Außerdem zeigen sich Symptome wie Unruhe, Krämpfe, Schwitzen, Erbrechen, Durchfall. (vgl. Kindler u.a., S. 178) Opiate greifen dabei in die vorgeburtliche Entwicklung ein, mit der Folge eine geminderten Geburtsgewichtes oder festgestellte Veränderungen im Gehirn. Schwangere, die von Opiaten abhängig sind, erleben jedoch vielfältige Belastungen, die sich nach der Geburt auch in einer eingeschränkten Erziehungsfähigkeit und instabiler Lebenslagen der Eltern zeigen, die vermehrt zu Fremdunterbringungen führen. Bei den Kindern entwickeln sich dann zunehmend Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsrückstände. Nach gegenwärtigem Kenntnisstand spielen pränatale Schädigungen im Verhältnis zur Wirkung postnataler Belastungen eine geringere Rolle. (ebenda, S. 179) Pränatale Schädigungen von Kindern, können auch durch Kokain geschehen, welches ebenso die Plazenta passiert und dabei die Versorgung des Kindes vermindert und belegbar den Transmitterstoffwechsel des Ungeborenen angreift. Eine langfristige Bedeutung für die Entwicklung des Kindes nach der Geburt ist noch unklar. Längsschnittstudien<sup>21</sup> zeigen jedoch bei den Kindern leichte Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit, stärkere physiologische Reaktionen auf Stress sowie weniger regulierte heftigere Gefühle im Umgang mit Belastungen. Bei mangelnder Fürsorge und fehlender Förderung können frühe Auffälligkeiten zu Verhaltensstörungen in der mittleren Kindheit führen (vgl. ebenda, S. 180). Bei der Vermittlung von Pflegekindern in Pflegefamilien ist es daher von Bedeutung, die Pflegepersonen nach aktuellem Kenntnisstand vorzubereiten. Da Schwangere auch mitunter verschiedene Suchtstoffe während der Schwangerschaft verwendet haben, hat die Forschung auch ein Blick auf die Kinder gerichtet, die multiplen Substanzen pränatal ausgesetzt waren und die später fremduntergebracht wurden. Das Ergebnis zeigte, *„das auf längere Sicht bei der Mehrzahl der Kinder die nachgeburtlichen Einflüsse positiv oder negativ in ihrem Einfluss klar überwiegen“* (ebenda, S. 181).

Vernachlässigung als Kindeswohlgefährdung wird nach Schone u.a. (1997) als *„andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte*

---

<sup>21</sup> vgl. aktuelle Studien von Das Eiden u.a. 2009a, 2009b

*Betreuungspersonen)“, gesehen „welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre“. An den durch den § 1666 BGB geschaffenen rechtlichen Rahmen angepasst könnte Vernachlässigung verstanden werden „als andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte, das für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/ oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet“. (Kindler 2006, S. 31)*

Vernachlässigung von Kindern in ausgeprägter Form kann in den ersten Lebensjahren unter Umständen schnell zu lebensbedrohenden Zuständen führen, zeichnet sich jedoch häufig durch einen schleichenden Verlauf aus, in dessen Folge sich Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung langsam aufbauen.

Zur Beschreibung von kindlichen Vernachlässigungserfahrungen werden häufig Adjektive verwandt, wie „*erzieherische*“, „*emotionale*“ oder „*körperliche*“ Vernachlässigung. Dennoch besteht keine einheitlich kategorisierte Struktur von Vernachlässigung. Als eine Unterform von Vernachlässigung wird die körperliche betrachtet, die sich kennzeichnet durch unzureichende Versorgung mit Nahrung, Flüssigkeit, sauberer Kleidung, Hygiene, Wohnraum und medizinischer Versorgung. Eine kognitive und erzieherische Vernachlässigung wird beschrieben mit einem Mangel an Konversation, Spiel und anregenden Erfahrungen, fehlende erzieherische Einflussnahme, Delinquenz oder Suchtmittelgebrauch des Kindes, fehlende Beachtung eines besonderen und erheblichen Erziehungs- oder Förderbedarfs. Schließlich umfasst emotionale Vernachlässigung eines Kindes den Mangel an Wärme in der Beziehung zum Kind, fehlende Reaktion auf emotionale Signale des Kindes und unzureichende Beaufsichtigung. (vgl. ebenda, S. 32)

Kinder erleben in ihren Herkunftsfamilien weitere Formen der Kindeswohlgefährdung: psychische Misshandlungen, physische Misshandlungen und sexuellen Missbrauch. Dabei werden psychische Misshandlungen umfassend charakterisiert als „*wiederholte Verhaltensmuster der Betreuungsperson oder Muster extremer*



*Vorfälle, die Kindern zu verstehen geben, sie seien wertlos, voller Fehler, ungeliebt, ungewollt, sehr in Gefahr oder nur dazu nütze, die Bedürfnisse eines anderen Menschen zu erfüllen“ (ebenda, S. 32f.). Benennen lassen sich fünf Unterformen psychischer Misshandlungen, die einzeln oder kombiniert auftreten können. Beschrieben werden feindselige Ablehnung, durch ständiges Herabsetzen, Beschämen, Kritisieren oder Demütigen eines Kindes); das Ausnutzen und Korumpieren des Kindes durch Anhalten oder Zwingen zu einem selbstzerstörerischen oder strafbaren und durch widerstandsloses zugelassen; Terrorisieren des Kindes durch ständige Drohung und in einem Zustand der Angst haltend; Isolieren des Kind durch in ausgeprägter Form von altersentsprechenden sozialen Kontakten fern haltend; Verweigerung emotionaler Responsivität durch ein anhaltendes und in ausgeprägter Form bestehendes Übersehen und Nichtbeantworten der Signale des Kindes und seiner Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung. (vgl. ebenda, S. 41) Alle beschriebenen Charakteristika müssen als psychische Misshandlung angesehen werden, wenn sie die Beziehung eines Elternteils zum Kind kennzeichnen. Im Kontext einer möglichen Kindeswohlgefährdung wird eine physische Misshandlung verstanden als, „alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen, (...) die durch Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oderpsychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen“ (ebenda, S. 52).*

Ein sexueller Missbrauch von Kindern kann definiert werden als *„jede sexuelle Handlung, die an Mädchen und Jungen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können. Der Täter oder die Täterin nutzt dabei seine/ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen“*<sup>22</sup>. In der Praxis können Übergänge zwischen noch tolerierbaren elterlichen Verhaltensweisen und einem nicht mehr zu tolerierendem sexuellen Missbrauch fließend verlaufen. Eine einheitliche

---

<sup>22</sup> Definition des unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs der Bundesregierung.

Definition kann nicht allen Grenzfällen vollkommen gerecht werden. (vgl. Kindler 2006, S. 61). Da es in der Jugendhilfe keine allgemein anerkannte Definition sexuellen Missbrauchs gibt, wird je nach Kontext und Anwendungsbereich „enge“ und „weite“ Definitionen unterschieden. *„Enge Definitionen umfassen nur Handlungen, die mit einem direkten, eindeutig als sexuell identifizierbaren Körperkontakt zwischen Täter und Opfer verbunden sind, vom unmittelbaren Hautkontakt mit der Brust oder dem Genital eines Kindes bis zur vaginalen, analen oder oralen Vergewaltigung“.* (ebenda, S. 62) In der Jugendhilfe finden sich vorwiegend „weite“ Definitionen von sexuellem Missbrauch, die versuchen, *„sämtliche als potenziell schädlich angesehenen Handlungen zu erfassen. So werden bei ‚weiten‘ Definitionen in der Regel auch sexuelle Handlungen ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus zum sexuellen Missbrauch gezählt“.* (ebenda)

Kindler (2011, S. 278) beschreibt Faktoren, die belegbar oder sehr wahrscheinlich zur Entstehung von Vernachlässigung beitragen. Dabei werden einige Anhaltspunkte deutlich die zeigen, *„dass die innerfamiliären und (bei Eltern) innerpsychischen Vermittlungsprozesse, die den Zusammenhang zwischen relativer Armut und Beeinträchtigung kindlicher Entwicklung herstellen teilweise dieselben sind wie diejenigen Prozesse, die Vernachlässigungseignissen vorausgehen“* (ebenda). Auch depressive Verstimmungen und Hoffnungslosigkeit der Eltern zählen zu derartigen Prozessen. Diese Erkenntnisse lassen vermuten und annehmen, dass es zwischen Einkommensarmut und Vernachlässigung einen ursächlichen Zusammenhang gibt. Wobei Einkommensarmut in der Regel nur dann zur Kindesvernachlässigung eskaliert, wenn weitere Faktoren hinzukommen, sich aufgrund von Armut entwickeln und letztlich zu einer erheblichen Einschränkung der Fürsorgefähigkeit von Eltern führt. Wenn relative Armut jedoch in absolute Armut umschlägt, gelte dieses Modell nicht mehr. Von absoluter Armut wird gesprochen, *„wenn die vorhandenen Mittel nicht mehr zur Befriedigung grundlegender Bedürfnisse ausreichen“* (ebenda). Folgende Mechanismen (vgl. Kindler 2011, S. 279) können dazu führen, dass Eltern oder andere primäre Betreuungspersonen ihre Kinder vernachlässigen. Zum einen kann aus der Perspektive der Betreuungsperson *„ein lebensgeschichtlich verankertes, lückenhaftes oder verzerrtes Bild der Bedürfnisse von Kindern“* bestehen,

beispielsweise auch aufgrund eigener Vernachlässigung in der Kindheit. Weiterhin kann durch beispielsweise eine eigene vorliegende Sucht und Suchtverhalten „eine starke innerpsychische Kraft“ die Aufmerksamkeit von Kind und den kindlichen Bedürfnissen wegleiten. Auch „eine gravierende Störung des Kontaktes zur Wirklichkeit“ kann beispielsweise bei wahnhaften Symptomen im Rahmen einer Schizophrenie eines Elternteils ursächlich sein. Möglich ist ebenso ein „vorliegender Care-/Controllkonflikt“, der entstehen kann, „wenn ein Kind sehr negative Gefühle bei einem Elternteil auslöst“, wie beispielsweise weil es aus einer Vergewaltigung hervorgegangen ist. Vernachlässigung eines Kindes kann aber in manchen Fällen auch „Teil einer generell eingeschränkten Belastbarkeit und Fähigkeit zur Lebensbewältigung der Eltern“ sein. Diesen Einschränkungen können verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Kindler u.a. (2006) beschreiben, dass es aufgrund von eigener intellektueller Beeinträchtigung (Lernbehinderung) für manche Eltern schwer sein kann, „genügend Übersicht und innere Ordnung zu wahren, um die verschiedenen Bedürfnisse eines Kindes angemessen zu befriedigen“ (Kindler 2011, S. 179).

Weiterhin werden auch Eltern beschrieben, die „aufgrund einer Depression nicht genügend Energie aufbringen, um zuverlässig alle Fürsorgeaufgaben zu schultern“ (ebenda). Es werden aber auch vernachlässigende Eltern beschrieben, „die sich durch eine hohe emotionale Bedürftigkeit, wechselhafte Beziehungen mit vielen Krisen und Trennungen sowie durch fehlende Orientierung und Struktur im Leben auszeichnen (ebenda).

Kindler (2011, S. 179) fasst auch zusammen, dass Merkmale und Verhaltensweise von Kindern für sich betrachtet, das Risiko vernachlässigt zu werden, nur unerheblich erhöhen. Von Bedeutung wird dies erst, „wenn Kinder aufgrund von Merkmalen wie etwa Behinderung oder Verhaltensstörungen erhöhter Fürsorge bedürfen und gleichzeitig die Eltern in ihren Erziehungs- und Fürsorgefähigkeiten eingeschränkt sind“ (ebenda).

Wenn es um die Betrachtung der Folgen von Belastungsereignissen von Pflegekindern geht, ist der Begriff des Traumas für die Pflegekinderhilfe

unverzichtbar. Als posttraumatische Belastungsstörung wird eine spezifische krankheitswertige Störung bezeichnet, die ein bekanntes Trauma in der Vorgeschichte voraussetzt. *„Bei welchen Kindern sich in Reaktion auf ein erlebtes Trauma eine posttraumatische Belastungsstörung ausbildet, ist bislang erst teilweise verstanden. Fest steht, dass Merkmale des Traumas, des Kindes und des Beziehungsumfeldes hierbei eine Rolle spielen und zusammenwirken, wobei bedrohliche und wiederholte Traumata das Entstehen einer Belastungsstörung begünstigen“* (vgl. Kindler, Scheuerer-Englisch, Gabler, Köckeritz 2011, S. 188).

### **3.2.2 Bindungsverhalten und die Bedeutung der Bindungsentwicklung für Pflegekinder**

Das Bindungskonzept<sup>23</sup> *„bezeichnet den Vertrauensaspekt der Beziehung eines Kindes zu den Eltern, bzw. zu anderen Personen, die es über längere Zeit beständig umsorgen“* (Kindler, Scheuerer-Englisch, Gabler, Köckeritz 2011, S. 137). Das Kind erlebt demnach seinerseits seine Bindungsbeziehung als emotionale Sicherheit. Diese Bindungsbeziehung lässt sich verstehen *„als Ausmaß des erfahrungs- und situationsabhängigen Vertrauens eines Kindes in die Sicherheit seiner nahen Umgebung, insbesondere die Zugänglichkeit der Bindungspersonen, sowie deren Fähigkeit, ihm bzw. ihr bei emotionaler Belastung Unterstützung und Schutz zu gewähren“* (ebenda).

Emotionale Sicherheit stellt für Kinder ein Kernelement ihrer Befindlichkeiten dar. Ist diese emotionale Sicherheit bedroht wird in der Regeln ein Bewältigungsverhalten ausgelöst, das je nach Erfahrungen und Möglichkeiten des Kindes darauf ausgelegt ist, die emotionale Sicherheit wieder herzustellen, bzw. diese soweit wie möglich zu erhalten. Emotionale Sicherheit, die ein Kind erfahren hat, prägt das innere Bild seiner Vertrauensbeziehungen und sein Selbstbild. Bindungserfahrungen eines Kindes können so eine handlungsleitende Wirkung auch auf spätere Beziehungen und Situationen entfalten. Ob sich ein Kind emotional sicher fühlt, ist von außen nicht offensichtlich feststellbar. Zu beobachten sind Stress-

---

<sup>23</sup> Die Annahmen zu Bindungskonzept entsprechen dem Verständnis von Bowlby (1975), das auch der modernen Bindungsforschung (Cassidy/ Shaver 2008) zugrunde liegt.

anzeichen im Ausdruck und in den kindlichen Verhaltensstrategien. Damit ist die Bedrohlichkeit einer Situation für das Kind einschätzbar und eine emotionale Sicherheit kann bewahrt oder erhöht werden. Werden solche Verhaltensweisen gegenüber einer Bindungsperson gezeigt, bezeichnet man dies als Bindungsverhalten. (vgl. ebenda, S. 138). Zur Erhöhung emotionaler Sicherheit setzten Kinder je nach Situation und Erfahrung sehr unterschiedliche Strategien ein, um ihre emotionale Sicherheit zu erhöhen. Nach Main (1990) und später auch Grossmann & Grossmann (1991) und Cummings & Davies (1996) werden emotional offene, bzw. sichere, deaktivierende, hyperaktivierende und kontrollierende Strategien unterschieden.

Das Kind zeigt bei einer emotional offenen bzw. sicheren Strategie eine Belastung und sucht Unterstützung oder Trost bei einer Bindungsperson. Dies kann beinhalten, dass sich ein junges Kind auf den Arm nehmen lässt; ein älteres Kind erzählt etwa von einer belastenden Situation und bespricht diese mit einer Bindungsperson. Das Kind vermeidet oder minimiert hingegen bei einer deaktivierenden bzw. vermeidenden Strategie den Ausdruck von tatsächlich vorhandenen Belastungen und Bindungsbedürfnissen im Rahmen seiner Möglichkeiten. Dies tut es, da es Zurückweisung oder eine belastende Reaktion durch die Bindungsperson befürchtet. Das Kind bringt bei einer hyperaktivierenden oder ambivalenten Strategie Bindungsbedürfnisse und Belastungen anhaltend und sehr massiv zu Ausdruck. Damit zielt es darauf, Nähe, Aufmerksamkeit und Zuwendung durch eine Bindungsperson zu erhalten und aufrecht zu erhalten. Das Kind richtet bei einer kontrollierenden Strategie nur selten und oft gar nicht Erwartungen in Bezug auf Trost und Unterstützung an die Bindungsperson. Das Kind ist bemüht, die prinzipielle Verfügbarkeit und die Anwesenheit der Bindungsperson zu sichern. Dies geschieht, in dem es versucht, die Situation der Bindungsperson zu kontrollieren und die Bindungsperson zu stützen. (vgl. Kindler, Scheuerer-Englisch, Gabler, Köckeritz 2011, S. 138).

Bereits am Ende des ersten Lebensjahres werden emotional offene, deaktivierende und hyperaktivierende Strategien sichtbar. Kontrollierende Strategien dagegen sind erst im Kindergartenalter erkennbar. „*Es handelt sich daher anfangs nicht und*

auch später nur teilweise um bewusste, absichtsvolle Vorgehensweisen, sondern vorwiegend um eingeübte, ‚überlernte‘ und damit mit der Zeit teilweise automatisierte Muster des Erlebens, Empfindens und Handelns im Umgang mit Belastung und Bindung“ (ebenda, S. 139). Bindungsstrategien von Kindern haben demnach eine äußere, verhaltensbezogene Seite und eine innere Seite des Umgangs mit bindungsbezogenen und belastungsbezogenen Wahrnehmungen, Gefühlen und Gedanken.

Pflegeeltern sind für die von ihnen aufgenommenen Kinder bedeutsame Bindungspersonen. Ihre Aufgaben lassen sich in der Beziehung zum Kind *„mit den Bildern einer ‚sicheren Basis (secure base)‘ und eines ‚sicheren Hafens (secure haven)‘ veranschaulichen“* (Bowlby 1988; Ainsworth u.a., 1987). Die Bindungsperson steht dem Kind dabei als eine *„sichere Basis“* zur Verfügung. Von dieser sicheren Basis aus kann das Kind seinen Interessen nachgehen und seiner Neugier folgen. Interessen und Neugier des Kindes beziehen sich dabei auf die Erkundung *„der äußeren wie der inneren Welt“* (Kindler, Scheurer-Englisch, Gabler, Köckeritz 2011, S. 141). Die Bindungsperson übernimmt dabei die Rolle eines *„sicheren Hafens“*. Das Kind kann sich in diesen Hafen zurückziehen, *„wenn es überfordert, erschöpft oder in Gefahr ist bzw. aus anderen Gründen belastende und allein zunächst nicht bewältigbare negative Gefühle erlebt“*. (ebenda) Die Aufgabe der Bindungsperson ist dann, dem Kind bis es sich wieder sicher fühlt, von außen zu helfen mit diesen Gefühlen umzugehen.

Scheurer-Englisch (2009) entwickelte mit Blick auf die Pflegekinderhilfe sechs qualitative Aspekte der beobachtbaren Fürsorge, die sich als Anforderungen einer gelingenden Übernahme der Aufgaben einer *„sicheren Basis“* bzw. eines *„sicheren Hafens“* ergeben: Gerade bei sehr jungen oder sehr belasteten Kindern ist die Verfügbarkeit der Bindungsperson die Grundvoraussetzung, dass die Rolle als *„sichere Basis“* bzw. *„sicherer Hafen“* übernommen werden kann. Zu den Grundvoraussetzungen einer Bindungsbeziehung die gelingt ist die Annahme des Kindes. Von Bedeutung ist die Akzeptanz der Bindungs- und Erkundungsbedürfnisse des Kindes aber auch die der eigenen Rolle als Bindungsperson. Das Wahrnehmen und die Feinfühligkeit gegenüber Signalen des Kindes umfasst die

Fähigkeit, Signale des Kindes wahrzunehmen, zu interpretieren und angemessen zu beantworten. Dem Kind angemessenen Raum für Spiel- und Erkundungsinteressen zur Verfügung zu stellen und bei Bedarf Freude teilen und Unterstützung geben wird auch als Spielfeinfühligkeit beschrieben. Den Bindungspersonen sollte es gelingen, in einem guten Sinne die Anleitung und Führung bei dysregulierten Gefühlen des Kindes zu übernehmen. Dies vermittelt dem Kind mittelfristig Fähigkeiten im Umgang mit Gefühlen und stärkt maßgeblich die Vertrauensbeziehung zur Bindungsperson.

### **3.2.2 Aufbau von Bindungsbeziehungen in Pflegefamilien**

In der Phase des Übergangs von der Herkunftsfamilie zur Pflegefamilie erleben Kinder in der Regel eine Trennung von Bindungs- und Erziehungspersonen. Manchmal, wie beispielsweise auch im Todesfall von Eltern oder Elternteilen, kann dies auch einen vollständigen Kontaktabbruch bedeuten. Wechseln Pflegekinder frühzeitig, in den ersten Lebensmonaten in eine Pflegefamilie, kann es Pflegekindern gelingen die beschriebenen Entwicklungsschritte gemeinsam mit den Pflegeeltern zu gehen. Verbleiben die Pflegekinder in der Familie, kann eine beständige Bindung zwischen Kind und Pflegeperson gedeihen. Ist der Aufenthalt innerhalb der Pflegefamilie hingegen nur von kurzer Dauer, so wird es zu keinem Aufbau einer Bindungsbeziehung kommen. (vgl. Kindler, Scheuerer-Englisch, Gabler, Köckeritz 2011, S. 159) *„Beide Ereignisse, Trennung und der Neuanfang von Bindungen, waren (...) in der historischen und prähistorischen Zeit für Kinder kritische, aber keine seltenen Ereignisse. Es wäre daher ungewöhnlich, wenn die Evolution Kinder so ‚geformt‘ hätte, dass sie durch eine Trennung per se irreparable und schwerwiegende psychische Schädigungen erleiden oder sie grundsätzlich nach einer Trennung kaum neue vertrauensvolle Bindungen aufbauen können. Eher ist anzunehmen, dass das Bindungssystem aufgrund seiner Bedeutung für das Überleben als sehr robustes und flexibles System geformt wurde. Allerdings ist dies Spekulation.“* (ebenda)

In den letzten 15 Jahren wurden insgesamt sechs Studien durchgeführt, welche die Zeitabläufe und die Prozesse des Aufbaus von Bindungen, sowohl bei Kleinkindern<sup>24</sup> als auch bei älteren Pflege- und Adoptivkindern<sup>25</sup> untersucht haben. Unmittelbar nach dem Übergang in die Pflegefamilie wurden in den Studien mit den Kleinkindern kindliche Verhaltensweisen in einem Bindungstagebuch dokumentiert. Um die Herausbildung einer Bindungsstrategie des Pflegekindes gegenüber der Pflegemutter nachzeichnen zu können, wurden anfangs kindliche Verhaltensweisen im Umgang mit bindungsrelevanten, belastenden Situationen. Weiterhin wurden Bindungsmuster des Kindes gegenüber der Pflegemutter in „Fremden Situationen“ geprüft. Teilweise wurde dabei auch die lebensgeschichtlich verankerte Haltung der Pflegemutter gegenüber der Bedeutung von Bindung und dem Bindungsmuster des Kindes, welches sich ihr gegenüber ausgebildet hat, untersucht. Eine hohe Passung wurde dabei als Anhaltspunkt für einen erfolgreich erfolgten Aufbau von Bindung verstanden. (vgl. ebenda, S. 160)

Die Ergebnisse für Kinder, die im Alter von fünf bis achtundzwanzig Monaten in eine Pflegefamilie fremdplaziert wurden und deren Belastungserfahrungen überwiegend einer vernachlässigender und/ oder einer gefährdender Form waren, drei Schwerpunkte: Die Kinder unterscheiden sich erstens darin, wie schnell eine überwiegend stabile Bindungsstrategie der Pflegemutter gegenüber erkennbar wurde. Manche Kinder entwickelten bereits nach wenigen Tagen eine entsprechende Strategie, wogegen andere Kinder über längere Zeit hinweg ambivalent blieben. *„Nach etwa zwei Monaten, und damit erstaunlich rasch, hatte die Mehrzahl der Kinder die Herausforderung für sich aber gelöst“* (ebenda). Nach einigen Monaten nach der Fremdplatzierung wurde zweitens mit den Kindern die „Fremde Situation“ durchgeführt. Bei der Vielzahl der Kinder konnte dabei eine organisierte Bindungsbeziehung *„ohne Anzeichen von Desorganisation“* beobachtet werden. Bei wenigen Kindern zeigten sich Ansätze einer Bindungsstrategie, aber auch Anzeichen von Desorganisation. Lediglich einzelnen Kindern war es nicht

---

<sup>24</sup> vgl. Stovall/ Dozier (2000); Bernier/ Ackermann/ Stovall-McClough (2004); Stoval-McClough/ Dozier (2004).

<sup>25</sup> vgl. Milan/ Pinderhughes (2000); Hodges u.a. (2003, 2005); Manashko/ Besser/ Priel (2009).



gelingen, eine Bindungsbeziehung zur Pflegemutter aufzubauen. *„Die Passung zwischen der im Interview erhobenen Bindungshaltung der Pflegemutter und dem unabhängig beim Kind beobachteten Bindungsmuster, war mit knapp über 70% fast so hoch, wie dies auch aus anderen Studien mit leiblichen Eltern und Kindern bekannt ist, was deutlich dafür spricht, dass es sich bei den beobachteten Mustern wirklich um spezifische, auf die Erfahrung mit der Pflegemutter gestützte Bindungen handelte“.* (ebenda) Vermehrte Schwierigkeiten bei der *„Ausformung einer Bindungsbeziehung zur Pflegemutter“* waren drittens im Gegensatz zu den Kindern, die im ersten Lebensjahr in die Familie kamen, bei den Kindern sichtbar, die erst im zweiten Lebensjahr in die Pflegefamilie platziert wurden. Unter den vergleichsweise älteren Kindern zeigten sich in den Bindungstagebüchern auch Fälle von erkennbar *„unsicheren Bindungsstrategien des Kindes trotz einer positiven Bindungshaltung der Pflegemutter in eine unsichere oder desorganisierte Bindungsbeziehung“* (ebenda). Demnach benötigen unter denen im zweiten Lebensjahr untergebrachten Pflegekindern einige eine besondere Unterstützung bei der Entwicklung vertrauensvoller und positiver neuer Beziehungen. *„Gleichwohl ist insgesamt die bei den untersuchten Kleinkindern beobachtbare Fähigkeit, sich auf neue Bindungen einzulassen, beeindruckt. Das Tempo des Bindungsaufbaus stellt die Pflegekinderhilfe allerdings vor schwer zu lösende, weitgehend noch nicht erkannte Probleme, sofern Kindern im Übergang von Bereitschafts- in Dauerpflegefamilien kein weiterer Bindungsabbruch zugemutet werden soll“.* (ebenda, S. 161)

Für Pflegekinder, die nach dem Kleinkindalter fremdplatziert wurden, stellt sich der Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung als deutlich schwierigere Herausforderung dar. Gerade zu Beginn zeigten sich die Kinder gegenüber den neuen Bindungspersonen als sehr verunsichert. *„Einige Kinder betonten die Unterschiede zur früheren Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie und beschrieben die neue Bezugsperson eher unrealistisch positiv, andere Kinder sahen eine ebenfalls problematische undifferenzierte Ähnlichkeit.“* (ebenda). Entsprechend ihren vorangegangenen Lebensgeschichten waren die inneren Arbeitsmodelle von Bindung der Kinder überwiegend unsicher bis desorganisiert. Im Verlauf von ein

bis zwei Jahren zeigten bedeutend mehr Kinder eine positive Fürsorgebeziehung und sichere Bindungsstrategien. Sie betrachteten die Bindungsperson deutlich differenzierter und konnten diese realistischer beschreiben. Trotz dem Kinder in dieser Altersgruppe neue Bindungsmodelle erfahren können, lassen sich in Belastungssituationen negative Beziehungsbilder leicht reaktivieren. Sichtbar wurde vor allem auch, dass die Bindungshaltung der Pflegeeltern, sowie ihre eigenen Erfahrungen mit der Integration belastender Erfahrungen mündeten in eine insgesamt positive Bindungsperspektive für die inneren Beziehungsbilder der bei ihnen lebenden Pflegekinder. (vgl. ebenda)

Wie sich die Bindungsentwicklung auf längere Sicht verhalten wird, lässt sich nicht sicher sagen, da Langzeitstudien zur Bindungsentwicklung von Pflegekindern bislang fehlen. Als Momentaufnahmen werden jedoch zwei Studien (Oosterman 2007; Bovenschen u.a. 2009) zu Bindungsmustern von bereits länger untergebrachten Pflegekindern beschrieben. Dabei wurden in beiden Studien größtenteils sichere Bindungsmuster herausgestellt. Eine deutsche Studie (Nowacki 2006) untersucht beispielsweise die Bindungsrepräsentation von mittlerweile erwachsenen Pflegekindern. Demnach hat sich, vor dem Hintergrund der vielfältigen Erfahrungen, nur etwa ein Viertel der früheren Pflegekinder eine insgesamt sichere Bindungsrepräsentation erarbeiten können (vgl. Kindler, Scheuerer-Englisch, Gabler, Köckeritz 2011, S. 162). Eine weitere Gruppe zu erkennen, denen es schwer fällt, *„Vertrauen zu fassen und ausreichend Orientierung im Hinblick auf den Umgang mit engen Vertrauensbeziehungen zu erlangen“* (ebenda). In der Studie von Oosterman (2007) fanden sich auch drei Jahre nach der Platzierung in der Pflegefamilie bei jedem fünften Kind krankheitswertige Bindungsstörungen.

### **3.3 Die Pflegefamilie**

Personen, die im Rahmen der Vollzeitpflege die Erziehung und Betreuung des Pflegekindes übernehmen, werden als *„Pflegepersonen“* benannt. Pflegepersonen, die innerhalb der Pflegefamilie die Rolle als Mutter und Vater übernehmen werden

als „Pflegemutter“ und „Pflegevater“ bezeichnet. Dies ist Ausdruck für die emotionale Bindung, die kennzeichnend für den Familiencharakter des Pflegeverhältnisses in Vollzeitpflege sein kann.

Die Familienpflege soll dem Kind oder Jugendlichen gemäß § 33 KJHG die familiäre Erziehung durch die Eltern, je nach den Erfordernissen des Einzelfalls, auf kurze (befristete) Zeit oder auf Dauer, ersetzen (vgl. Münder u.a. 1999). In Abhängigkeit von Problemlagen und Entwicklungen in der Herkunftsfamilie kann der Vollzeitpflege die Funktion einer ergänzenden Hilfe in Form einer Ergänzungsfamilie oder eines auf Dauer angelegten Pflegeverhältnisses, in Form der Ersatzfamilie zugewiesen werden. Eine auf Dauer ausgelegte Vollzeitpflege gilt als eine Grundform der Familienpflege. Die Unterbringung in einer Dauerpflegefamilie soll dabei die Erziehung in der Herkunftsfamilie ersetzen, wenn die Herkunftsfamilie ihren Erziehungsaufgaben gegenüber dem Kind auf Dauer nicht gerecht werden kann. Dies greift auch dann, wenn der Verbleib des Kindes in der Herkunftsfamilie trotz Hilfen nicht dem Wohl des Kindes entspricht. Bei dieser Form der Unterbringung nimmt die Pflegefamilie die Rolle der Ersatzfamilie ein. Das Kind, bzw. der Jugendliche kann bis zur Volljährigkeit und darüber hinaus in der Pflegefamilie bleiben. Ein aus der Betreuung entstehendes Charakteristika ist eine häufig enge Bindungen zwischen dem Pflegekind und den Pflegeeltern.

Ist Vollzeitpflege hingegen auf einen bestimmten Zeitraum befristet, hat diese immer das Ziel, die Rückführung in die Herkunftsfamilie zu ermöglichen. In diesem Fall sollte der Kontakt des Pflegekindes zu seiner Herkunftsfamilie verstärkt unterstützt werden, damit das Kind eine positive Bindung zu seinen leiblichen Eltern erhalten kann. Die Pflegefamilie stellt in diesem Fall eine Ergänzungsfamilie für das Pflegekind dar.

*„Der Begriff »Pflegefamilie« wird zur Kennzeichnung des Sozialisationsortes, an dem das Pflegekind lebt, benutzt. Irrelevant für den Begriff ist die Frage nach dem Familienmodell, auch die Frage, ob es sich überhaupt um eine Familie im üblichen Sinne oder um eine andere privat organisierte Lebensform zwischen Erwachsenen und Kindern handelt. Die mit der Erziehung des Pflegekindes betrauten erwachsenen*

*Menschen in der Pflegefamilie werden als »Pflegeperson« bezeichnet.* (Blandow 1999, S. 757)

Lakies (1995, S. 31) führt aus, dass es im bundesdeutschen Recht keinen einheitlichen Rechtsbegriff der „*Familienpflege*“ gebe und dieser Begriff weder im KJHG noch im BGB definiert werde. Rechtlich spricht man nach Lakies von der „*Familienpflege*“, wenn ein Kind von einer oder in der Regel zwei erwachsenen Personen betreut, versorgt und erzogen wird, die nicht die leiblichen Eltern des Kindes sind, wobei die Beziehung häufig auf längere Zeit angelegt ist. Pflegekind, Pflegeeltern und möglicherweise weitere Kinder leben wie in einer Familie zusammen, darum hat sich der Begriff der „*Pflegefamilie*“ herausgebildet.

Münder u.a. (1999) heben in diesem Zusammenhang hervor, dass dem KJHG bei der Vermittlung von Kindern in Vollzeitpflegestellen ein „*offener*“ Familienbegriff zugrunde liegt. Diese Annahme begründen sie mit dem Wortlaut des § 33 KJHG, in dem von einer Hilfe zur Erziehung „in einer anderen Familie“ bzw. von „*Familienpflege*“ die Rede ist, während in den §§ 37, 44 KJHG der Begriff der „*Pflegeperson*“ eine Verwendung findet. Somit berücksichtigt die Jugendhilfe bei der Auswahl von Pflegepersonen neben der traditionellen Kleinfamilie auch unverheiratete Paare, Einzelpersonen, sowie in größeren und anderen Haushaltsgemeinschaften lebende Personen, wenn diese eine erfolgversprechende Erziehungsarbeit gewährleisten.

### **3.3.1 Persönliche Voraussetzungen von Pflegefamilie**

In Praxis und Literatur werden verschiedene Kriterien beschrieben, die Pflegeeltern und Pflegepersonen erfüllen sollten, um ein Kind in die Familie aufzunehmen. Diese persönlichen Voraussetzungen wiederholen sich in den verschiedenen Quellen wie auf den Flyern, auf Homepages und weiteren Informationsmaterialien wiederkehrend. Die im Folgenden herausgearbeiteten Kriterien geben einen Querschnitt der von den Pflegekinderdiensten präferierten Voraussetzungen wieder und lehnen sich an jene an, die beispielgebend auf den

Internetpräsenzen von Moses-Online (2016b)<sup>26</sup>, PFAD (2016)<sup>27</sup> und vom FZPSA (2016)<sup>28</sup> wiedergegeben werden:

In den Wünschen und Vorstellungen der Bewerberinnen und Bewerber um ein Pflegekind spiegelt sich die Motivation wieder, ein fremdes Kind in die Familien aufnehmen zu wollen (Kapitel 3.2.3). Für die Aufnahme eines Pflegekindes bewerben können sich grundsätzlich sowohl verheiratete als auch unverheiratete Paare, gleichgeschlechtliche Paare und Alleinstehende. Bei der Aufnahme des Kindes sollte mindestens ein Elternteil das 25. Lebensjahr beendet haben und der Partner mindestens 21 Jahre alt sein. Ob eigene Kinder vorhanden sind ist dabei nicht entscheidend, auch der Beruf spielt keine Rolle. Der Altersabstand zwischen der zukünftigen Hauptbezugsperson und dem Pflegekind sollte einem natürlichen Eltern-Kind-Altersabstand entsprechen und nicht mehr als 40 Jahre betragen. Bei der Volljährigkeit des Pflegekindes sollte die Pflegeperson nicht älter sein als 63 Jahre. Das Alter kann jedoch nur einen Richtwert darstellen, das Kindeswohl besitzt höchste Priorität.

Ein Elternteil sollte sich überwiegend der Versorgung und Erziehung des Kindes widmen. Das Kind sollte mit der Aufnahme mindestens eine kontinuierliche Bezugsperson erhalten. Auch wird je nach Alter des Kindes das in die Familie kommt empfohlen, die Eingewöhnungszeit durch die Inanspruchnahme von Elternzeit zu gestalten und eine mögliche Erwerbstätigkeit, in Abhängigkeit zum Alter des Kindes, zurückzustellen. Wenn es sich vereinbaren lässt und nach erfolgreicher Integration in die Pflegefamilie, ist auch eine Berufstätigkeit des vorwiegend betreuenden Elternteils möglich. Pflegeeltern oder Pflegepersonen sollten körperlich und auch psychisch belastbar und nicht durch Krankheiten im Alltag wesentlich eingeschränkt sein, um eine kontinuierliche Versorgung des Kindes sicher zu stellen. Die Pflegepersonen haben hierzu ein umfangreiches ärztliches Gesundheitszeugnis vorzulegen. Ebenso ist in der Bewerbungsphase ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis einzureichen. In der aufnehmenden Familie sollten gesicherte wirtschaftliche Verhältnisse bestehen, dies bedeutet

---

<sup>26</sup> MOSES-ONLINE: Portal zum Thema Pflegekinder und Adoption

<sup>27</sup> PFAD: Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e.V.

<sup>28</sup> FZPSA: Fachzentrum für Pflegekinderwesen Sachsen Anhalt

dass die finanzielle Basis auch unabhängig vom Pflegegeld gesichert ist. Das monatlich unabhängig vom Einkommen und nach Lebensalter gestaffelte Pflegegeld dient dazu, den Lebensunterhalt des Pflegekindes abzudecken. In Bezug auf die Religionszugehörigkeit der Pflegefamilie oder Pflegeperson sind die Wünsche der Herkunftseltern zu achten. (vgl. ebenda)

Räumlich gesehen sollten Pflegefamilien ausreichend Platz für ein weiteres Familienmitglied haben und über der Bedürfnislage des Kindes angemessene und kindgerechte Wohnverhältnisse verfügen. Es wird beschrieben, dass ein eigenes Zimmer für das Pflegekind wünschenswert ist, es kann sich jedoch auch ein Zimmer mit einem weiteren Kind teilen.

Bei der Aufnahme eines Pflegekindes spielen auch die leiblichen Kinder in der Pflegefamilie eine bedeutende Rolle. Die Auswirkungen der Aufnahme eines Pflegekindes auf die eigenen Kinder und die gesamte Familie müssen für das Gelingen eines Pflegeverhältnisses von Anfang an mit bedacht werden. Sowohl die Anzahl und das Geschlecht der noch zu betreuenden leiblichen Kinder und die daraus resultierenden Bedürfnisse dürfen nicht unbeachtet bleiben. Empfohlen wird, dass das Pflegekind, mit einem Altersabstand von drei Jahren, das jüngste Kind der Familie sein sollte oder wesentlich älter als die weiteren Kinder. Innerhalb der vorhandenen Familienstrukturen ist zu bedenken, welche Position dem zukünftigen Pflegekind zugedacht ist, welche Koalitionen und Subsysteme es in der Familie gibt und auch welche weiteren Personen aus dem familiären oder auch nachbarschaftlichen Umfeld in die Erziehung eingebunden sind.

Auch eine bestehende Partnerschaft sollte dabei, in Bezug auf die Qualität und auf die weitere Lebensplanung Beachtung finden. Die Frage, von wem die Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes ausgeht, spielt dabei eine bedeutende Rolle, auch im Hinblick darauf, in welcher Weise die Pflege langfristig akzeptiert wird.

In den Phasen der Vorbereitung, Auswahl und Vermittlung stehen für die zukünftigen Pflegeeltern und Pflegepersonen Gespräche, Einführungs- und Vorbereitungsseminare, eine Eignungsüberprüfung und auch Hausbesuche an. Der zuständige Pflegekinderdienst entscheidet schließlich auf der Grundlage der

Erfüllung der vorher genannten inhaltlichen und administrativen Voraussetzungen über die Eignung als Pflegefamilie oder Pflegeperson.

### **3.3.2 Erwartungen an die Pflegeeltern**

Vor allem eine Vielzahl von persönlichen Erwartungen wird an die zukünftigen Pflegeeltern geknüpft. Wichtig ist, dass Sie Freude am Zusammenleben mit Kindern haben und bereit sind, ein ihnen fremdes Kind in die Familie aufzunehmen. Pflegepersonen sollten über Verlässlichkeit, Offenheit, Stabilität und Toleranz verfügen, sie sollten belastbar, flexibel und konfliktfähig sein und die persönliche und soziale Entfaltung des Pflegekindes sicherstellen. Pflegeeltern erfüllen einen öffentlichen Auftrag und müssen sich dessen bewusst sein, dass sie auch immer Einblick in ihr Familienleben und ihre Privatheit geben.

Schon vor der Aufnahme eines Kindes ist es von Bedeutung, dass sich Pflegepersonen durch eine aktive Teilnahme an Vorbereitungsmaßnahmen ausreichend qualifizieren, während sie ein längerfristiges Bewerbungsverfahren durchlaufen und auch bestimmten Eignungskriterien genügen müssen. Fortlaufend sollten Pflegepersonen zur Vorbereitung und Begleitung an Fortbildungsmaßnahmen und Beratungen zum Pflegeverhältnis teilnehmen, bei Bedarf Supervision einfordern und sich regelmäßig an Hilfeplangesprächen beteiligen. Grundsätzlich sollten Pflegepersonen in der Lage und bereit sein, ihr eigenes Handeln im Bezug zum Pflegeverhältnis zu reflektieren und nicht nur bei Problemen und Krisen Beratungs- und Unterstützungsangebote wahrzunehmen. Darüber hinaus sollten sie auch, das Handeln anderer beteiligter Familienangehöriger reflexiv betrachten, offen und ehrlich Familiensituationen beschreiben und wenn erforderlich Veränderungen anstreben. (vgl. Einecke 2003a)

Ein fremdes Kind in die Familie aufzunehmen bedeutet, sich auf oftmals sehr spezielle Lebensgeschichten einzulassen, da es *„seelisch verletzte Kinder sind, die schon allein durch die Trennung von ihren Eltern erheblich belastet sind und eventuell auch Kinder sein können, die vernachlässigt, misshandelt und/oder sexuell*

*missbraucht wurden.“* (PFAD 2016). Auch kann es sich um Kinder mit einer Behinderung handeln, um unheilbar kranke Kinder oder auch um ältere Kinder, die nicht mehr in Adoptivfamilien vermittelt werden können. Entsprechend ihres Bedarfes gilt es, diese sehr unterschiedlichen Kinder und Jugendliche zu begleiten, zu unterstützen und zu fördern. Schon im Vorfeld ist es wesentlich, sich mit der Vorgeschichte der Herkunftsfamilie und der des Kindes vertraut zu machen.

Kooperationsbereitschaft ist eine besonders wichtige Eigenschaft von Pflegeeltern. Sie übernehmen als Pflegepersonen eine Aufgabe der Jugendhilfe und werden dadurch mehrere Kooperationspartner haben, mit denen Sie zusammenarbeiten, wie beispielsweise mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von Jugendämtern, von freien Jugendhilfeträgern und anderen Institutionen. Pflegeeltern müssen über eine ausgeprägte Bereitschaft verfügen, die Beziehung zwischen Ihrem Pflegekind und seinen leiblichen Eltern aufrechtzuerhalten, wenn dies für die Entwicklung Ihres Pflegekindes förderlich ist. Dies beinhaltet vor allem, den Kontakt zu Herkunftseltern zu halten oder den Kontakt erst (wieder) aufbauen. Hierzu zählt auch der Kontakt zu weiteren Familienmitgliedern der Herkunftsfamilie, wie leibliche Geschwister oder Großeltern oder leiblichen Geschwistern in anderen Pflege- oder Adoptivfamilien. (vgl. ebenda 2016)

Pflegeeltern sollen sich insbesondere in Kindergarten, Schule und während der Berufsausbildung für ihre Pflegekinder einsetzen, um rechtzeitig Hilfen und Unterstützung einfordern zu können. Darüber hinaus sollten sie auch nach der Verselbständigung ihrer Pflegekinder als Kontaktpersonen zur Verfügung stehen.

In Bezug zur Mobilität sollen Pflegepersonen ein hohes Maß an Flexibilität mitbringen und ausreichende Zeiten einplanen, um verschiedenste Termine mit dem Pflegekind wahrnehmen können. Hierzu zählen unter anderem medizinische und therapeutische Termine, aber auch das Wahrnehmen von Besuchskontakten.

Blandow (1999, S. 765f.) beschreibt zusammenfassend sechs Kriterien erfolgreichen Handelns von Pflegefamilien:



- *Wertschätzung des Kindes: „Die Pflegepersonen müssen sich sorgend des Kindes annehmen und es wertschätzen (es aber nicht dringend »wie ein eigenes Kind lieben«).*
- *Empathie: Sie müssen in der Lage sein, sich auch in »unverständliche« Verhaltensweisen und Reaktionen ihres Pflegekindes »einzudenken«.*
- *Respekt gegenüber bedeutsamen Bezugspersonen des Kindes: Sie müssen Personen, denen sich das Kind aus früheren Phasen seiner Sozialisation verbunden fühlt, als für das Kind bedeutsame anerkennen und jenen aus diesem Grunde mit Respekt begegnen.*
- *Krisenwahrnehmung und Veröffentlichungsbereitschaft: Sie müssen in der Lage sein, sich anbahnende Krisen zu erkennen und die zur Problemlösung erforderlichen und zur Verfügung stehenden innerfamiliären Ressourcen und die Ressourcen sozialer Netze zu mobilisieren. Sie müssen ferner bereit sein, in Fällen nicht durch eigene Mittel lösbarer Probleme Unterstützung bei den zuständigen Stellen anzufordern und zu diesem Zweck das Problem »veröffentlichen«.*
- *Teilungs- und Zusammenarbeitsbereitschaft: Da Pflegepersonen nur eingeschränkte Rechte gegenüber dem Pflegekind haben und diese im Regelfall mit Angehörigen bzw. Vormündern des Kindes teilen müssen, müssen sie zu dieser Teilung bereit sein. Insbesondere wenn das Kind weiterhin an seine früheren Bezugspersonen gebunden ist oder diese gegenüber den Kindern das Recht zu persönlichem Kontakt haben, müssen sie darüber hinaus bereit sein, Besuchskontakte u.ä. so zu arrangieren, dass dem Kind hieraus zumindest kein Schaden entsteht.*
- *Ablösebereitschaft: Sie müssen, nach einer Phase der Auseinandersetzung, Enttäuschung und Trauer, akzeptieren können, wenn ein Pflegeverhältnis gescheitert ist, d.h. es keinen Weg mehr gibt, das Pflegeverhältnis ohne (weitere) Schädigung des Kindes aufrechtzuerhalten. Sie sollten ferner bereit sein, sich an der Suche nach einer »am wenigsten schädlichen Alternative« für eine Nachfolgelösung zu beteiligen“.*

Die beschriebenen Kriterien stellen eine Auswahl von Kriterien dar, welche mit unterschiedlichen Methoden eine sorgfältige Prüfung des Pflegekinderdienstes im Rahmen eines Bewerbungsverfahrens gewährleisten. Eine individuelle Prüfung

der einzelnen Pflegepersonen kann sicherstellen, dass wesentliche Voraussetzungen für ein gelingendes Pflegeverhältnis geschaffen werden.

### **3.3.3 Lebensbedingungen und Motivation von Pflegeeltern**

Im Großen und Ganzen sind Pflegefamilien gutbürgerliche, eher traditionelle Arbeitsteilung lebende, deutsche Familien, die in einer mittleren wirtschaftlichen Situation leben, so beschreiben dies verschiedene aktuelle Studien (vgl. Rock u.a. 2008, Erzberger 2003, Thrum 2007). Die Lebensbedingungen von Pflegefamilien sind denen der Herkunftsfamilien diametral entgegengesetzt (vgl. Kapitel 3.1.3). Im Gegensatz zu den Herkunftsfamilien sind Pflegefamilien gut versorgt mit Einkommen, Bildung und Wohnung (vgl. Helming 2011).

Es lassen sich vielfältigste Gründe für die Motivation, ein Pflegekind in die eigene Familie aufzunehmen, ausmachen. Was die Motivation von Pflegeeltern generell betrifft, ist hier nicht von einer homogenen Gruppe die Rede. Welche Gründe das für jeden Einzelnen sind und welche Wünsche und Erwartungen sich mit der Aufnahme eines Pflegekindes verbinden, sollte jede zukünftige Pflegeperson ehrlich und auch selbstkritisch für sich beantworten. Die eigene Motivation muss stark genug sein, auch Schwierigkeiten und Krisen zu überstehen, um das Kind in einem tragfähigen Umfeld zu erziehen und zu begleiten und unter Umständen ein Engagement auf längere Zeit zu ermöglichen. Die Motivation hat schließlich entscheidenden Einfluss auf die Einstellung zum Kind und zu seiner Herkunftsfamilie. Damit bestimmt es im Wesentlichen das Selbstverständnis der Pflegepersonen als Pflegeeltern. (vgl. Pflegekinderdienst Karlsruhe, 2016)

Einecke (2003b) beschreibt, dass die Motivation der Pflegeeltern nicht auf einen einzelnen Faktor zu reduzieren sei, sondern *„vielmehr das Ergebnis einer mehr oder weniger bewussten Vorbereitung auf das Dasein als Pflegefamilie“* ist. Dabei *„spielen momentane Befindlichkeiten und Emotionen ebenso eine Rolle, wie Familienumstände und familiäre Entwicklungsschritte“* (vgl. ebenda). Er unterscheidet drei ausgeprägte motivationale Erscheinungsformen; zum einen besonders tragfähige Motivationen, weiterhin Motive die nicht genug tragfähig

sind und schließlich Motive die als wenig oder gar nicht förderlich für ein Pflegeverhältnis einzuschätzen sind.

Als besonders tragfähige Motivationen werden Soziales Engagement für benachteiligte Kinder und Jugendliche angesehen, verbunden mit der Freude auch an kleinen Fortschritten. Hinzu kommt die Motivation, der *„öffentlichen Erziehung eine stabile, intakte Familie zur Verfügung“* zu stellen. Auch *ausreichende materielle und psychische Ressourcen zählen hier dazu, sowie eigene biografische Erfahrungen als Pflegekind oder auch als leibliches Kind in einer Pflegefamilie, verbunden mit der Energie, „die positiven Erfahrungen weiterzugeben“*. Als besonders tragfähig ist auch einzuschätzen, wenn sich Pflegefamilien bewusst darüber sind, *„dass Pflegekinder zunächst oft Kinder auf Zeit sind, mit einer eigenen Biografie und einer eigenen Familie“*. Dazu zählt auch die Möglichkeit und der Wunsch, nochmals Kinder zu betreuen und zu erziehen, nachdem die eigenen Kinder bereits erwachsen sind mit dem Anliegen, bereits gemachte Erfahrungen Pflegekindern zugutekommen lassen. Auch die Klarheit der Pflegeeltern darüber, dass die Erziehung von Pflegekindern eine andere Aufgabe ist als die Erziehung eigener Kinder ist bedeutsam für eine tragfähige Motivation. Letztendlich ist es auch bedeutsam, dass sich Pflegeeltern nicht von den positiven wie auch negativen Erfahrungen Verwandter, Freunde oder Bekannter mit Pflegekindern abschrecken lassen und selbst genügend eigene Ressourcen zur Erziehung und Betreuung haben. (vgl. ebenda)

Weitere Motive, die für sich allein genommen nicht genug tragfähig sind, müssen darauf hin überprüft werden, *„ob sie wirklich genügend Kraft und Ressourcen mobilisieren können, um die nicht immer einfachen Aufgaben als Pflegepersonen zu erfüllen“* (Einecke 2003). Im Zusammenspiel mit den bereits genannten tragfähigen Motiven können diese in der Verknüpfung aber auch eine Grundlage für ein gelingendes Pflegeverhältnis darstellen. Zu den für sich allein genommenen nicht ausreichend tragfähigen Motiven zählen die eigene Kinderlosigkeit, verbunden mit dem Wunsch *„Kinder als Ausweg für eigene aufziehen zu wollen“* (ebenda). Auch Motive der generellen Hilfsbereitschaft, Religiosität und Nächstenliebe, sowie der Wunsch, einem Kind, dem es schlecht geht eine Familie

geben zu wollen oder in einer akuten Notsituation helfen zu wollen ist dauerhaft nicht als tragfähig einzuschätzen. Ebenso sind ein bestehender Kinderwunsch von alleinstehenden Pflegeelternbewerberinnen und Pflegeelternbewerber und auch der Wunsch nochmals Kinder groß ziehen zu wollen, nachdem die eigenen aus dem Haus gegangen sind, für sich nicht tragfähig genug. Auch ein Pflegekind einzig als Ergänzung zu dem eigenen Kind oder den eigenen Kindern zu sehen, als Geschwisterersatz oder Spielkameraden, kann nicht als tragfähig eingeschätzt werden. (vgl. ebenda)

Schließlich werden Motive formuliert, die als wenig bzw. gar nicht förderlich für ein Pflegeverhältnis einzuschätzen sind. *„Auch wenn spätere Abbrüche von Pflegeverhältnissen nicht vorhersehbar sind, gibt es doch einige Motive, die ein solches Scheitern wahrscheinlicher machen können. Vor allem dann, wenn die Bedürfnisse der potentiellen Pflegepersonen im Mittelpunkt stehen“* (Einecke 2003). Dies kann eine einzig finanzielle Motivation der Bewerber sein, beispielsweise, bei längerer Arbeitslosigkeit. Auch die eigene Kinderlosigkeit, verbunden mit dem Wunsch Kinder als Ersatz für eigene aufziehen zu wollen zählt hier dazu. Allein die Tatsache, dass auf ein Pflegekind im Durchschnitt nicht so lange gewartet werden muss, wie auf ein Adoptivkind stellt sich als Motiv ebenso eher wenig bis gar nicht förderlichen heraus, als auch *„Langeweile im inzwischen kinderlosen Haushalt“*. (ebenda)

Eine 2003 für Niedersachsen veröffentlichte Studie (vgl. Erzberger, 2003, S. 151 ff.) befasst sich mit den individuellen Gründen der erstmaligen Aufnahme einer Pflegschaft. In dieser erhält die Aussage *„hatten uns schon länger darüber Gedanken gemacht“* die höchste Zustimmungsrates. Dies zeigt auf, dass die Entscheidung zur Aufnahme eines Pflegekindes kein spontaner Entschluss ist, sondern stets einen Vorlauf besitzt. An zweiter Stelle rangierten die Aussagen *„wollen einem Kind einen Heimaufenthalt ersparen“* und *„wollten etwas gesellschaftlich Nützliches tun“*. Dies verweist auf soziales Engagement, *„das über das eigene persönliche Umfeld hinausweist und das eigene Handeln mit einem größeren, auf staatsbürgerliche Verpflichtungen abhebenden Rahmen verknüpft“*, jedoch auch einem hohen Maß an sozialer Erwünschtheit entspricht. Schließlich kommt mit der Aussage *„konnte*

*keine Kinder (mehr) bekommen“ ein ganz individuelles Motiv mit medizinisch-biologischen Ursachen zum Tragen. Zum einen spielt hier der nicht realisierbare Kinderwunsch hinein, jedoch auch weitere Gründe, die die Geburt eines weiteren Kindes verbieten. An dieser Stelle kommt es zu einer Vermischung derer, „die eigentlich kein Kind in Pflege nehmen wollten, sondern an eine Adoption gedacht hatten. Der nicht realisierbare Wunsch nach einem eigenen Kind führt zu der Überlegung, sich ihn über Adoption oder Pflegeelternschaft doch noch zu erfüllen“. Weitere interessante Aspekte der Studie spiegeln sich in den Aussagen „von Freunden und Nachbarn davon gehört“, „über Medien und Presseartikel von der Möglichkeit erfahren“ und „wurde aufmerksam durch Werbeaktionen des Jugendamtes“. Interessant sind diese Aussagen in zweierlei Hinsicht. „Zum einen stellen sie möglicherweise die Initialzündungen dar, die benötigt werden, um von den Gedanken und Überlegungen – die ja als Motivationsgrundlage die breiteste Zustimmung erhielten – zum konkreten Handeln zu kommen, und zum anderen zeigen sie, dass die Werbung der Jugendämter unter diesem Aspekt notwendig ist und auch Wirkung zeigt“. Finanzielle Aspekte spielten im Rahmen der Studie eine untergeordnete Rolle. Wurde dieser Aspekt dennoch benannt, dann relativ häufig von denen, die über eine pädagogisch-pflegerische Ausbildung verfügen und die Erziehung der Pflegekinder eher unter professionellen Aspekten ansehen. (vgl. ebenda, S. 151 ff.)*

Ein Pflegekind aufzunehmen ist kein Selbstzweck von Pflegepersonen, sondern immer eine soziale Aufgabe in einem öffentlichen Rahmen. Da die Aufnahme eines Pflegekindes ein weitreichender und auch lebensentscheidender Schritt für das Kind und für die Familie ist, ist es von Bedeutung, dass eine Entscheidung mit Klarheit und unter Einbeziehung verschiedener Faktoren getroffen werden muss. Hierzu benötigen die zukünftigen Pflegepersonen Zeit, um sich Bedürfnisse, Erwartungen, Grenzen und Möglichkeiten bewusst zu machen und auch fachkundige Unterstützung und Begleitung von Seiten der Pflegekinderhilfe.

## 4 Die Pflegefamilie als Gestaltungs- und Herstellungsleistung

Vor dem Hintergrund einer sich im sozialen Aufbruch befindlichen Familie und einer stetigen Veränderung von Lebensformen wird die Diversität der Familie und des Familienbegriffes deutlich (Kap. 4.1). Dieser Wandel von Familie spiegelt sich insbesondere auch in der Entkoppelung von biologischer und sozialer Elternschaft wieder (Kap. 4.2). Bei der Betrachtung der Familie als Gestaltungs- und Herstellungsleistung, wird nicht von Familie als einem gegebenen Zustand ausgegangen, sondern vielmehr davon, dass Familie entstehen kann und mitunter beiläufig in einem Prozess hergestellt werden kann. Dieser Prozess umfasst sowohl alltägliche Fürsorgeleistungen, aber auch die Interaktion, die familienwissenschaftlich auch mit „*Doing family*“ benannt wird und einen Prozess umfasst, in dem Pflegefamilien Begleitung und Unterstützung benötigen (vgl. Helming 2011, S. 227). „*Doing family*“ stellt damit eine Dimension in Pflegefamilien dar (Kap. 4.3).

### 4.1 Diversität von Familie und der Familienbegriff

Heute haben Familien vielfältigste Erscheinungsformen. Dabei findet Familie immer dort statt, wo Menschen in generationaler Perspektive in einer auf Dauer angelegten Sorgebeziehung leben; in Primärfamilien mit und ohne Trauschein, in Patchworkfamilien, nach Trennungen in neuen Partnerschaften, in Pflege- und auch Adoptivfamilien. Dabei ist auffällig, dass es keine einheitliche Definition des Familienbegriffes gibt (vgl. Nave-Herz 2015, S. 34; Träger 2009, S. 18). Der Familienbegriff hat im Übergang zur Moderne eine Funktionsspezialisierung durchlaufen. Dabei verlor die Familie politische, ökonomische und rechtliche Funktionen. Andere Funktionen hingegen blieben erhalten, differenzierten sich und wurden bedeutsamer. Vier Grundfunktionen werden heute unterschieden: die biologische Reproduktion; die Sozialisation; die soziale Reproduktion und die Statuszuweisung. Die biologische Reproduktion gilt dabei noch immer als eine zentrale Funktion und als ein Privileg der Familie. Damit hat Familie nicht nur das „*Monopol auf die Zeugung und Geburt von Kindern, sondern auch auf die Erziehung im grundlegenden Sinn*“ (Burkhart 2008, S. 145). Die primäre Sozialisation zählt

damit zu den wesentlichsten Funktionen von Familie. Bei der sozialen Reproduktion geht es um eine Regeneration, die Erholung und Entspannung ebenso umfasst, wie Essen, Schlafen, emotionale Stabilisierung, Gesundheit, Unterstützung und wechselseitige Hilfe. Im Sinne der sozialen Platzierung und Statuszuweisungen hat die Herkunftsfamilie noch immer eine besondere Bedeutung für die Kinder, entscheidet sie doch auch über die Zugehörigkeit und Statuszuweisung. (vgl. ebenda, S. 146)

Nave-Herz (2015, S. 15) geht in der Bestimmung ihres Familienbegriffs vor allem auf die Unterscheidung des Systems Familie von anderen Lebensformen ein. Dabei erkennt sie drei konstitutive Merkmale von Familie: Die *„biologisch-soziale Doppelnatur aufgrund der Übernahme der Reproduktions- und zumindest der Sozialisationsfunktion neben anderen, die kulturell variabel sind; ein besonderes Kooperations- und Solidaritätsverhältnis, denn über die üblichen Gruppenmerkmale hinaus (wie z. B. gemeinsames Ziel, begrenzte Zahl, Struktur, Wir-Gefühl) wird in allen Gesellschaften der Familie eine ganz spezifische Rollenstruktur mit nur für sie geltenden Rollendefinitionen und Bezeichnungen (beispielsweise Vater/ Mutter/ Tochter/ Sohn/ Schwester usw.) zugewiesen und die Generationendifferenz.“*

Ecarius, Köbel, Wahl (2011, S. 9) bestimmen den Familienbegriff damit, dass seit jeher die Familie eine der bedeutendsten Lebensformen darstellt. Kinder und Jugendliche bilden in und durch familiäre Interaktionen basale und kognitive, emotionale Verhaltensweisen aus. Die in den Familienbeziehungen verinnerlichten Verhaltensweisen, Normen und Werte gelten als besonders stabil, wenn auch nicht als unveränderlich. Die Familie stellt die Weichen für eine spätere soziale Platzierung des Kindes. Die Betrachtung von Familie im erziehungswissenschaftlichen Sinne nimmt vor diesem Hintergrund zwei begriffliche Perspektiven ein, die Perspektive der Sozialisation und die Perspektive der Erziehung. *„Sozialisation bezeichnet den Prozess einer Aneignung und Verarbeitung der inneren und äußeren Realität und die Auseinandersetzung mit Körper und Psyche, sowie der sozialen und materiellen Welt. (...) Erziehung wird im Vergleich hierzu bestimmt als geplante, zielgerichtete und absichtsvolle Sozialisation, also*

*jener Teil der Sozialisationsprozesse, welcher darauf abzielt, Veränderungen von Kindern und Jugendlichen zu bewirken“ (ebenda).*

Die sich vollziehende und immer wieder beschriebene „*Pluralisierung familialer Lebensformen*“ (Beck/ Beck-Gernsheim 1990/ Beck-Gernsheim 1998) beschreibt einen fortlaufenden Prozess der Vervielfältigung von Familienformen. Im Ergebnis zeigen sich vielfältigste Formen von Familie, welche sich immer weiter in Wandlungsprozessen befinden. Ergänzt wird diese Annahme von Nave-Herz (2015, S. 36f.) die beschreibt, dass es schon immer vielfältige Formen von Familie gab und das es sich bei den aktuellen Entwicklungen eher um eine Verschiebung der Dominanz handle. Zu erkennen sei daher eher eine grundlegende Veränderung in der Struktur der Familie, welche sich in den Beziehungen der Personen innerhalb der Familie vollziehen.

Durch gesellschaftliche Veränderungen wird Familie insgesamt immer mehr zu dem, „*was man aus ihr in Interaktionen macht*“ (Schweizer 2007, S. 109). „*Familie ist permanente Herstellungsleistung der beteiligten privaten und öffentlichen Akteure. Als System ist sie selbst Akteur mit eigenen Ressourcen, Handlungs- und Innovationspotenzialen an den Schnittstellen zwischen Privatheit und verschiedenen Öffentlichkeiten, d.h. dem Institutionengeflecht zwischen Betreuungs- und Bildungs- und wohlfahrtsstaatlichen Institutionen, Erwerbsarbeit, den Institutionen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe sowie sozialem Nahbereich und Nachbarschaft*“<sup>29</sup> (vgl. DJI 2011).

Familie wird so zu einer Lebensform, die in Interaktion und auf der Grundlage alltäglicher Fürsorgeleistung „hergestellt“ werden muss. Sie ist nicht mehr nur ein selbstverständlicher Zustand oder als gegebene Struktur zu betrachten. „*Wir verstehen Familie als ein – häufig – haushaltsübergreifendes Netzwerk besonderer Art, das zentriert ist um verlässliche persönliche Fürsorgebeziehungen zwischen unterschiedlichen Generationen und Geschlechtern*“ (Jurczyk u.a. 2009, S. 65).

---

<sup>29</sup> Dies entspricht einem theoretischen Konzept der Abteilung Familie/Familienpolitik am DJI.



## 4.2 Entkoppelung von biologischer und sozialer Elternschaft

Die Verbindung von biologischer und sozialer Elternschaft prägte das Bild von Familie in der Vergangenheit (vgl. König 2002, S. 57; Nave-Herz 2012, S. 15). Heute fallen biologische und soziale Elternschaft immer häufiger auseinander. *„Die Blutsverwandtschaft zwischen Eltern und Kindern löst sich ab von der familialen Lebensgemeinschaft“* (Peuckert 2012, S. 381). In diesem Sinne sprechen Hoffmann, Riem u.a. (1988) von einer *„fragmentierten Elternschaft“*, wohingegen Vascovics (2009) den Begriff der *„Segmentierung der Elternrolle“* bevorzugt, da er den Begriff der Fragmentierung im Sinne eines Bruchstückes als zu bewertend ansieht.

Familie als biologischer und sozialer Zusammenhang hat damit immer auch einen Doppelcharakter. Dabei wird auf eine biologische Familienzugehörigkeit noch immer ein besonderes Gewicht gelegt. Diese strikte Verbindung zwischen biologischer und sozialer Elternschaft scheint sich in der Gegenwart jedoch mehr und mehr zu entkoppeln (vgl. Peuckert 2012, S. 404), was zu einer Erweiterung des Familienbegriffes führt. *„Neben der klassischen Zwei-Eltern-Familie und der Ein-Eltern-Familie, welche biologische und soziale Elternschaft vereinen, können alternative Familienformen beobachtet werden, die ausschließlich auf einer sozialen Elternrolle basieren oder bei denen die biologische Elternschaft nur bei einem Elternteil besteht“*. (Kuhn & Steinbach 2014, S. 41) Dies trifft neben Patchworkfamilien, Pflege-, Adoptiv- und Stieffamilien auch auf gleichgeschlechtliche Familien und Inseminationsfamilie zu (vgl. Peuckert 2012, S. 389). Unter sozialer Elternschaft werden dann Formen des Zusammenlebens mit Kindern verstanden, in denen mindestens ein Elternteil zwar die Rolle des Erziehenden übernimmt, mit dem Kind jedoch nicht biologisch verwandt ist.

Vascovics (2009) beschreibt den Anteil der Familien, in denen die Eltern, unverheiratet oder verheiratet, die volle Elternschaft unverändert bis zur Volljährigkeit ihrer Kinder wahrgenommen haben, zwischen der Hälfte und zwei Drittel aller Familien, in denen minderjährige Kinder leben, bzw. gelebt haben, bzw. bei denen das Ende der Familienphase angenommen werden kann. Es kann also davon ausgegangen werden, dass in mindestens einem Drittel aller Familien

die volle Elternschaft nicht mehr bestand. Dies bedeutet vor allem auch, dass immer mehr Kinder nicht mehr mit ihren eigenen, leiblichen Eltern aufwachsen. Gross & Hohner (1990) sprechen davon, dass man in Zukunft unterscheiden wird, „zwischen altmodischen Kernfamilien, ‚normalen‘ mobilen Mehrkernfamilien (z. B. Stiefkindern) und künstlich gezeugten ‚geschichtslosen‘ Kindern“.

Heutige Familienformen sind vielfältiger denn je und gehen deutlich über die klassische Kernfamilie, bestehend aus Vater, Mutter und Kind hinaus. Zieht man die Existenz von Kindern als ein zentrales Merkmal von Familien heraus, so finden auch weitere Familienformen, in denen ein Elternschaftsverhältnis vorliegt, wie alleinerziehende Elternteile und homosexuelle Partnerschaften Berücksichtigung. Insbesondere haben auch neuere Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin ihren Anteil daran, dass sich biologische und soziale Elternschaft teilweise bis vollständig entkoppeln. Das zentrale Moment, das die soziale Beziehung zwischen Elternteil und Kind charakterisiert und manifestiert ist dabei die Elternschaftsbeziehung. Sie richtet den Fokus darauf, dass sie auf eine biologische Abstammung beruhen kann, aber nicht muss. Familienformen, wie Stief-, Pflege-, und Adoptionsfamilien, welche teilweise oder vollständig auf sozialer Elternschaft beruhen, finden damit eine Berücksichtigung. (vgl. Kuhn & Steinbach 2014, S. 43)

Betrachtet man insbesondere Pflegefamilien, lässt sich ein besonders hohes Maß an Vielfalt erkennen. Pflegekinder sind, lässt man die Verwandtenpflege außer Betracht, nicht mit ihren Pflegeeltern verwandt. Die Pflegeeltern können verheiratet oder unverheiratet sein, in einer heterosexuellen oder in einer homosexuellen Partnerschaft leben. Mit ihnen können Geschwister leben, die ihre leiblichen sind oder auch die leiblichen Kinder der Pflegeeltern. Gegebenenfalls sind es jedoch nur die leiblichen Kinder der Pflegemutter oder nur des Pflegevaters oder beide Pflegemütter bringen leibliche Kinder mit in die Familie. Möglicherweise wurde das in der Pflegefamilie vorhandene Geschwisterkind auch adoptiert und steht ebenso in keiner biologischen Beziehung zu den Pflegeeltern. Diese möglichen Verflechtungen zeigen die vielfältigen Möglichkeiten von Familie heute und spiegeln somit vor allem auch die Lebenswirklichkeiten von (Pflege)Kindern.

### 4.3 „Doing family“ als Dimension in Pflegefamilien

Familie wird in den alltäglichen Fürsorgeleistungen, Interaktionen und Kommunikationen gelebt; durch sie entsteht ein familiärer Zusammenhang. Für das Gelingen und auch Funktionieren von Pflegefamilien als Familien ist insbesondere *„der Aspekt der Konstruktion von Gemeinsamkeiten als Gestaltungsleistung bedeutsam“* (Helming 2011, S. 229). Das Konzept des „Doing family“ beinhaltet Prozesse, *„in denen in alltäglichen und biographischen Interaktionen Familie als gemeinschaftliches Ganzes permanent neu hergestellt wird. Gemeint ist damit, dass Familie in Interaktionen, im gemeinsamen Tun, im sich Aufeinander beziehen, in der Darstellung nach außen, fortlaufend sozial, sinnhaft und symbolisch neu (re-)konstruiert wird“* (Jurczyk u.a. 2009, S. 68). Dabei wird es als eine Dimension der familialen Lebensführung betrachtet. *„Erst das immer wieder vollziehende ‚doing family‘ in den Mikroprozessen familialer Lebensführung konstituiert Familie als Lebensform“* (Jurczyk, Lange 2002, S. 78). In diesem Kontext wird Familie auch als eine Institution mit besonderen strukturellen Voraussetzungen konstituiert, wie gesetzlichen Verpflichtungen, Verantwortungen wie das Sorgerecht und Verträge wie beispielsweise Ehevertrag oder Pflegevertrag (Helming 2011, S. 229), wobei *„konzeptuell bedeutet die Rede von Familie als Herstellungsleistung eine stärkere Fokussierung des Handlungsparadigmas gegenüber dem institutionellen Paradigma.“* (Jurczyk/ Schier 2009, S. 10).

Insbesondere Familien in alternativen Familienformen, die beispielsweise als Familien mit gleichgeschlechtlichen Elternteilen oder als Stief-, Pflege- oder Adoptionsfamilie nicht der sozio - biologischen Norm entsprechen, *„bedürfen in besonderer Weise dieser expliziten Konstruktion von Gemeinsamkeit und Herstellung von Identifikation mit einem ‚Wir‘: In diesen alternativen Lebensformen muss nicht mehr alleine ein ‚doing family‘ Tag für Tag betrieben werden, sondern es geht sogar um ein ‚displaying family‘, also um eine ostentative Bekräftigung des Status der Familienhaftigkeit der Beziehungen und Tätigkeiten“* (Finch 2007, S. 66).

Der Begriff von „*Familie als Herstellungsleistung*“ findet in Deutschland, seit dem Siebten Familienbericht<sup>30</sup> breiten Eingang um die Debatten um Familien. Er zielt dabei auf Prozesse, „*in denen Familie als gesellschaftliches Ganzes permanent neu hergestellt wird*“ (Jurczyk, Schier 2007, S. 2). Er wird als ein heuristisch-konzeptioneller Rahmen beschrieben, ist jedoch heute eher Programm als ausgearbeitetes Konzept. Die Botschaft dahinter ist sozialhistorisch und konzeptuell und besagt, dass Familie sich aufgrund des gesellschaftlichen Wandels verändert. Diese Wandlung vollzieht sich von einer naturgegebenen und selbstverständlichen Ressource hin zu einer zunehmend voraussetzungsvollen Aktivität von verschiedenen Menschen, die bereits in Familien leben oder leben wollen. Familie ist dabei ein System mit Eigenlogik und abhängig von aktiven Gestaltungsleistungen aller Beteiligten. Diese sind keine feststehenden Handlungen, die zielgerichtet, intentional oder geplant verlaufen, sondern werden „*in Form von austarierten Interaktionsprozessen zwischen den Familienakteuren erbracht*“ (ebenda) und geschehen häufig beiläufig. „*Doing family*“ wird dabei „*von praktischen und symbolischen Verschränkungsleistungen individueller Lebensführung im Kontext von Familie getragen*“ (Jurczyk, Schier 2007, S. 5).

Für die Interaktionsprozesse sind die psychische Anwesenheit und die räumliche Kopräsenz der Interaktionspartner von besonderer Bedeutung. Für das Gelingen einer Familie als Gemeinsamkeit braucht es Gelegenheiten für „*räumlich kopräsente Zeiten und Zeit für Familie, qualitativ gefüllt mit Kapazitäten für Aufmerksamkeit und Gefühlen*“ (Jurczyk, Schier 2007, S. 3). Familie benötigt darum ein Minimum an planbaren, stabilen und verlässlichen Rahmenbedingungen, um Fürsorgeleistungen erbringen zu können und soziales Leben in der Familie zustande kommen zu lassen und zu gestalten. Gleichzeitig müssen Familien flexibel auf die im Alltag und im Lebenslauf wechselnden Bedürfnisse reagieren können.

Schier & Jurczyk (2007) unterscheiden drei Grundformen der Herstellung von Familie, die handlungs- und strukturtheoretische Annahmen miteinander verbinden. Herstellungsleistungen bedeuten für verschiedene Familien

---

<sup>30</sup> Siebter Familienbericht. Familien zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit – Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Herausgegeben vom BMFSFJ 2006.

Unterschiedliches, da sie sich in Phasen und Formen unterscheiden. Darum können Herstellungsleistungen sowohl aus subjektiver, aber auch aus gesellschaftlicher Sicht scheitern. Die erste Grundform wird als Balance-management beschrieben; es zählt als praktische Gewährleistung des Funktionierens von Familie. Um Familie im Alltag praktisch umzusetzen und lebbar zu machen, bedarf es vielfältiger organisatorischer und logistischer Abstimmungsleistungen aller Familienmitglieder. Innerhalb einer Familie treffen somit die unterschiedlichsten Bedürfnisse und Interessen aufeinander, die zeitlich und räumlich koordiniert, aber auch mental und emotional ausbalanciert werden müssen. Die zweite Grundform umfasst mit der Konstruktion von Gemeinsamkeit Prozesse, *„in denen in alltäglichen und biografischen Interaktionen Familie als sinnhaftes gemeinschaftliches Ganzes hergestellt wird. Dies geschieht im gemeinsamen Tun, in der wechselseitigen Bezugnahme aufeinander und der symbolisch aufgeladenen Darstellung als Familie“* (Jurczyk 2014, S. 61). Es geht dabei um eine identitätsorientierte Konstruktion von Familie als zusammengehörende Gruppe und um ihre eigene Definition als Familie. Diese Herstellung von Familie ist im eigentlichen Sinne als „Doing family“ zu verstehen. Die dritte Form der Familie als Herstellungsleistung entspricht einer primär nach außen gerichteten Form, insbesondere für jene Familien, die keinem gängigen Familienbild entsprechen. Hierzu zählen auch Pflegefamilien, die einem erhöhten Legitimationsdruck ausgeliefert sind und sich und anderen signalisieren müssen, dass sie eine Familie sind. Dies geschieht durch ein gezielt und bewusst ästhetisiert und nach außen inszeniertes Familienleben. (vgl. ebenda, S. 62)

Eine besondere Bedeutung wird im Kontext der Familie als Herstellungsleistung auch den familialen Routinen und Ritualen zugewiesen, die Alltag strukturieren können und familiäre Ordnung und Identität gewährleisten können. Letztendlich basiert Familie als Herstellungsleistung auf den Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern. So kann Familie weder nur als System noch nur aus Perspektive des Einzelnen erbracht werden. (vgl. ebenda, S. 63) Pflegeeltern, als nicht leibliche Eltern von Pflegekindern, müssen ihre Elternschaft als *„Wahl-Eltern“* in einem oftmals ambivalenten Findungsprozess herstellen (vgl. Helming 2014, S. 74). Dieser Prozess wird als ambivalent beschrieben, weil die Pflegefamilie

keine biologische Familie ist und die Kinder, die ausgewählt werden können, im Gegensatz zu leiblichen Kindern die einem gegeben sind und die nicht ausgewählt werden können. Dies widerspricht nach Helming (ebenda) „*der Bedingungslosigkeit, mit der Kinder angenommen werden sollten*“.

Gerade in Bezug auf das Zusammenleben innerhalb der Pflegefamilie werden die Rituale des Alltags in einer wesentlichen Form hervorgehoben. Die Gestaltung täglicher Abläufe schafft für alle Beteiligten ein Gefühl von Zugehörigkeit. Gemeinsame Erlebnisse unterstützen das Wir-Gefühl einer Familie und können gelingend dazu beitragen, dass aus den Beteiligten eine Familie wird.

Zum „Doing family“ kann ebenso die körperliche Präsenz im Wohnraum beitragen. Zur Herstellungsleistung einer Familie gehört ebenso eine gemeinsame Anwesenheit in den Wohnräumen der Familie, ebenso wie die körperliche Präsenz. Von Bedeutung sind dann die Teilhabe aller am Alltagsleben, die gemeinsam verbrachte Zeit und die Gestaltung eines gemeinsamen Lebensortes. Der gemeinsame Lebensort stellt gleichzeitig einen geschützten Ort dar, der für die Herkunftseltern nur zugänglich sein sollte, wenn dies von den Pflegeeltern ausdrücklich gewünscht und bedacht ist (vgl. Helming 2014, S. 74).

Für das Gelingen von „Doing family“ sind vor allem auch soziale Netzwerke von großer Bedeutung: die Eltern der Pflegeeltern ebenso, wie Geschwister, Verwandte, Nachbarn, Freunde der Familie. Die Integration von Pflegeeltern und Pflegekinder in die Verwandtschaft, die Nachbarschaft, das Dorf kann somit ein gelingendes „Doing family“ erleichtern, aber auch erschweren (ebenda).

Die Überwindung der Fremdheit im körperlichen Annähern ist ein weiterer Aspekt der „Doing family“, da die Selbstverständlichkeit der biologisch-körperlichen Verwandtschaft nicht gegeben ist. Körperliche Fremdheit lässt sich in diesem Kontext insbesondere auch auf „*Sich-Riechen-Können*“ beziehen (vgl. Helming 2014, S. 77).

Den Findungsprozess als Familie zeigt sich auch in der Entdeckung von Ähnlichkeiten. Die damit verbundene Frage, was das Pflegekind von der

Herkunftsfamilie hat und was von der Pflegefamilie, macht dies deutlich. Helming (2014, S. 79) beschreibt im Falle eines Scheiterns als Pflegefamilie Zuschreibungen von Pflegeeltern, wie *„kriminelle Energie“*, die von der Herkunftsfamilie *„geerbt“* wird. Auch formuliert sie die Angst von Pflegeeltern, die Kinder können in die Spuren ihrer Herkunftseltern treten, was möglicherweise einen gesellschaftlichen Rückschritt bedeuten können. Positiv formuliert kann das Gefühl von Gemeinsamkeit auch dann entstehen, wenn Pflegekinder viel von ihren Pflegeeltern annehmen. *„Auf der sozialen Ebene entsteht so ‚Verwandtschaft‘.“* (Helming 2014, S. 80).

Der Findungsprozess des „Doing family“ zeigt sich auch in der Namensgebung, denn Namen haben einen besonders hohen Wert in diesem Prozess, zeigen sie doch die Zugehörigkeit in einer besonderen Form. Gerade in Bezug auf die Benennung von Pflegeeltern und Herkunftseltern gibt es sehr unterschiedliche Lösungsmodelle. Manche Pflegeeltern möchten den leiblichen Eltern durch die Benennung als Mama oder Papa nicht wegnehmen. Manchmal verwirrt es jedoch gerade junge Kinder und somit entstehen zahlreiche individuelle Varianten, auch in Abhängigkeit vom Alter des Pflegekindes. (vgl. ebenda, S. 80f.) Ein weiteres Feld der Herstellung von familialer Zugehörigkeit mit sehr unterschiedlichen und individuellen Perspektiven ist das des Nachnamens. *„In Bezug auf die Namensgebung zeigen sich Bedürfnisse von Kindern, Eltern und Pflegeeltern in Hinsicht darauf, wer man sein möchte in Bezug auf die Pflegefamilie“* (Helming 2014, S. 82). Hier gilt zu bedenken, das auch leibliche Eltern das „Doing family“ leben, wie fragmentarisch auch immer, und das Pflegekinder sehr schnell in sich manifestierende Loyalitätskonflikte geraten können. (vgl. ebenda)

Helming (2014, S. 82) geht davon aus, das Pflegekinder, auch wenn die leiblichen Eltern immer einen Platz im Leben behalten werden, zu *„eigenen“* Kindern werden, wenn sich Pflegeeltern ihrer Elternschaft sicher sind. Darin inbegriffen ist auch der Aspekt, dass sich durch die entwickelnde Zugehörigkeit, Pflegeeltern sich lebenslang ihren Pflegekindern verpflichtet fühlen: *„Familie zu sein, ist etwas für das ganze Leben, wird also nicht zeitlich begrenzt angesehen“* (ebenda).

## 5 Pflegefamilien mit Kindern mit (geistiger) Behinderung

In Kapitel 5 wird der Blick direkt auf die Pflegefamilien gerichtet, die im Rahmen der Vollzeitpflege ein Kind in Sonderpflege auf Dauer in ihre Familien aufgenommen haben. Im ersten Schritt (Kap. 5.1) geht es um die Betrachtung des Begriffs der (geistigen) Behinderung in seiner Komplexität. Weiter wird der Blick auf besondere Bedürfnisse von Kindern mit geistiger Behinderung in Pflegefamilien gerichtet (Kap. 5.2). Die besonderen Herausforderungen von Pflegefamilien mit Kindern mit geistiger Behinderung werden schließlich im Kontext dessen betrachtet, was Pflegefamilien leisten (Kap. 5.1).

### 5.1 (Geistige) Behinderung – Zur Komplexität eines Begriffs

Betrachtet man den Begriff der Behinderung etymologisch bedeutet dies, *„das Einschränken des individuellen Bewegungsraumes eines Menschen durch das Einwirken anderer und gegen den Willen des Betroffenen. Ein Mensch der erwarteten Normen nicht entspricht wird durch eine bequeme Eliminierungs-praxis in seinem Entfaltungs-, Handlungs- und Bewegungsspielraum eingeengt (...)“* (Klein 1999, S. 282 ff.).

Um sich mit dem Begriff der „Behinderung“ auseinanderzusetzen ist vorerst auch die Klärung der eignen Einstellung zu diesem Phänomen notwendig. Schließlich folgt die Frage, ob es überhaupt eine Definition für eine menschliche Existenzform geben kann. So ist *„Behinderung“* als *„Ist-Zustand“* oder als eine *„Seins-Ebene“* eines Menschen beschreibbar, wohl aber die Erscheinungsform auf gesellschaftlicher Ebene (vgl. Albers; Anneken; Gossel; Schäfer 1989). *„Behinderung“* ist somit kein individuell verschuldeter oder zuschreibbarer Zustand eines betroffenen Menschen, sondern wird vor allem von Vorstellungen, von der *„Normalität“* bezüglich gesellschaftlichen Verhaltens kaum oder nur minimal erfüllt. Dieses *„Nichterfüllen“* kann aus fremden Aussehen und Gebaren, nicht adäquaten Verhalten und Leistungsfähigkeit resultieren. Auf individueller Ebene kann Behinderung in Folge dessen Isolation und Ausgrenzung vom gesellschaftlichen Leben bedeuten. (vgl. Lang 2001)



Ist der Begriff der „*Behinderung*“ einmal festgemacht, erhält er schnell eine Eigendynamik. Trotz des Bewusstseins der gesellschaftlichen Determiniertheit des Begriffs, ist dieser im ständigen Wandel begriffen und wird revidiert. Oft wird Behinderung dabei als das Gegenteil von Normalität begriffen. Diese Beschreibung sondert den betroffenen Menschen, von den anderen Menschen ab. Behinderung ist dabei keine feststehende Eigenschaft eines bestimmten Menschen. Sie ist vielmehr eine soziale Kategorie. Diese soziale Kategorie ist jeweils von den gesellschaftlich gängigen Überzeugungen abhängig, was für eine Behinderung gehalten wird und was nicht. Die Zuschreibung einer Behinderung ist damit ein konstruktiver Vorgang. Das, was von den „*Normalen*“ als „*Behinderung*“ wahrgenommen und erkannt wird, kann nur darum gesehen werden, weil eine Vorstellung dessen vorhanden ist, was eine Behinderung ausmachen könnte. (vgl. Bleidick 1999, S. 19f.) Bleidick selbst definiert den Behinderungsbegriff wie folgt: *„Als behindert gelten Personen die infolge einer Schädigung ihrer körperlich, seelischen oder geistigen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilnahme am Leben der Gesellschaft erschwert werden“.* (Bleidick 1993, S. 12 und 1999, S. 15)

Ein komplexer Behinderungsbegriff entwickelt sich somit aus der Position des Nichtbehinderten, Überlegenen. Dies ist heute klar zu kritisieren, weil er Individuen den humanen Anspruch sozialer und personaler Entwicklung verhindert. Neuere Begriffsfassungen versuchen klar, die personalen und sozialen Bedingungsfaktoren, die zu einer Behinderung führen und diese aufrechterhalten, zu verknüpfen und auch zu integrieren.

Die Begrifflichkeit der „*geistigen Behinderung*“ ist ebenso komplex, vielfältig geprägt und gekennzeichnet von Defizitnennungen. Den Prototyp eines geistig behinderten Menschen gibt es nicht, sondern vielmehr eine Vielfalt von Einzelpersönlichkeiten. Auch heute noch wird der Begriff der „*geistigen Behinderung*“ als ein Oberbegriff für genetische und neurologisch-funktionell bedingte Formen der Behinderung verwandt, Merkmale von Menschen und entsprechende Reaktionen darauf, lassen das Phänomen der geistigen Behinderung entstehen. Unterschiedliche Sichtweisen und Erklärungsmodelle

bewirken verschiedene Einstellungen, Verständnisse und Begriffe. Im englischsprachigen Raum wurde für die Umschreibung „*geistige Behinderung*“ lange die aus der Psychologie stammenden Bezeichnungen *mental retardation* (verzögerte geistige Entwicklung), aber auch *mental disability* (geistige Behinderung) oder *mental handicap* (geistige Beeinträchtigung) verwendet. Der vollzogene Paradigmenwechsel nimmt Abstand von der Defizitorientierung hin zur Anerkennung des Menschen mit seinen Fähigkeiten, Fertigkeiten, Entwicklungs- und Bildungsmöglichkeiten. Eine Terminologie, wie die der „*people with special needs*“ (Menschen mit besonderem Bedarf) legt dabei eine Gewichtung auf den besonderen Unterstützungsbedarf. (vgl. Lang 2001)

Die aktuelle Fachdiskussion lässt erkennen, *„dass der Begriff inzwischen umstritten ist und dass sich unterschiedliche Positionen gegenüberstehen, die von einer vorläufigen Beibehaltung, über eine Abschaffung des Begriffs und Bestimmung eines Unterstützungsbedarfs bis hin zu neuen (alternativen) Bezeichnungen reichen“* (Theunissen 2008, S. 127).

Eine einheitliche Begriffszuschreibung von geistiger Behinderung gibt es nicht, vielmehr gibt es zahlreiche wissenschaftliche Sichtweisen, wie Pflüger (1998, S. 112-117) zusammenfassend beschreibt. Demnach sieht Furrer (ebenda, S. 112) den Begriff der geistigen Behinderung als falsch an, *„da er die Personen, die er zu beschreiben meint, nicht in ihrem Geist behindert sind. Es handelt sich um Menschen, die wegen einer prä-, peri- oder postnatalen Schädigung primär in ihrer kognitiven Entwicklung beeinträchtigt sind, wodurch sie in modernen Industriegesellschaften auf mannigfache Weise in ihrer Entfaltung behindert werden und benachteiligt sind“*. Diese verzögerte kognitive Entwicklung führt zu Entwicklungsbeeinträchtigungen, welche Besonderheiten in der sozialen Kompetenz und im Verhalten mit sich bringen können. Im frühen Erwachsenenalter durchlaufen viele entwicklungsbeeinträchtigte Menschen einen Entwicklungsschub. Diese Entwicklung steht häufig im Zusammenhang mit dem Eintritt in die produktive Tätigkeit.

Manske (ebenda, S. 113) wiederum sieht den Begriff der „*geistigen Behinderung*“ nicht als ontologisch gegeben an, sondern als konstruiert. *„Es wäre daher unsere*

*Aufgabe ihn abzuschaffen, d.h. eine neue Ordnung zu erstellen, die diesen Begriff überflüssig macht“.* Manske zieht zu ihrer Begriffsdefinition Wygotski (1975) hinzu, der davon ausgeht, *„dass ein Mensch dann geistig behindert wird, wenn er in extremer Weise seiner individuellen Entwicklungsmöglichkeiten beraubt wird“.* Jeder Defekt ist so in erster Linie nicht biologischer, sondern sozialer Natur. Zur Erlangung von Individualität durchläuft jeder Mensch die gleichen Entwicklungsstufen, jedoch nicht linear, sondern metaphorisch *„als Umwandlung in qualitativen Sprüngen“.*

Speck (ebenda, S. 114) bezieht den Begriff der geistigen Behinderung *„auf eine menschlich normale Daseinsvariante, die im Besonderen durch eine wenig differenzierte Entwicklung und damit durch eine Einschränkung mentaler Fähigkeiten in Erscheinung tritt und sich derart verfestigen kann, dass ein selbständiges Leben im rechtlichen Sinne infrage gestellt und dauernde Hilfe nötig wird“.* Primäre Entstehungsgründe sind organisch oder auch genetisch bedingte Schädigungen des Gehirns. Die individuelle Ausprägung dieser Schädigungen wird von Persönlichkeitsmerkmalen und Umweltbedingungen bestimmt. Maßgebend ist auch kein genereller Intelligenzquotient, sondern verschieden ausgeprägte Intelligenzen, individuelle Emotionalität und Kommunikativität. *„Eine geistige Behinderung wirkt sich zwar auf das Ganze der Persönlichkeit auf, verringert aber nicht das Menschsein an sich“.*

Theunissen (ebenda, S. 115) sieht vor allem *„keine allgemeine Definition von geistiger Behinderung“.* Für ihn stimmen die meisten Definitionen darin überein, geistige Behinderung nicht ausschließlich als eine im Vergleich zur Lernbehinderung schwere Lernbeeinträchtigung, sondern als eine komplexe Beeinträchtigung der Persönlichkeit eines Menschen zu betrachten, *„die den kognitiven, motorischen, sensorischen, emotionalen und sozialen Bereich betreffen kann“.* Auch das wechselseitige Zusammenwirken organisch-genetischer (biologischer) und sozio-kultureller (gesellschaftlicher) Faktoren spielt da hinein. Immer noch wird vor allem aber Defizitorientierung (Ausrichtung am Mangel), statische Betrachtung (Behinderung als etwas nicht Beeinflussbares) und ein biologisch-nihilistisches Menschenbild („hier kann man sowieso nichts machen“)

kritisch betrachtet. Theunissen appelliert, mit dem Begriff der geistigen Behinderung so behutsam wie möglich umzugehen *„oder besser noch, auf die Etikettierung eines Menschen als geistig behindert völlig zu verzichten“*.

Pflüger (ebenda, S. 115ff.) hält eine *„allgemeingültige, wissenschaftsdisziplin-übergreifende Definition von geistiger Behinderung“* für nicht existent. Es wird je nach Fachgebiet oder institutionsbedingten Interessen definiert. Die juristische Sichtweise (Quambusch 1995) empfiehlt eine Definition, *„die für die Annahme einer geistigen Behinderung die intellektuell bedingte Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft voraussetzt“*. Weiter definiert die Schulverwaltung *„geistige Behinderung über die Zugehörigkeit zur Schule für Geistigbehinderte“*. Die Psychologie betont *„die Entwicklung und Retardierung der Intelligenz“*. In der Medizin spricht man von Intelligenzminderung. Aus sozialmedizinischer Sicht *„soll dann die Bezeichnung geistige Behinderung verwendet werden, wenn die IQ-Abweichung durchschnittlich unter 70 liegt“*. Die kinderpsychiatrische, aber auch die heilpädagogische Sichtweise zeigt ein differenziertes Bild, in dem geistige Behinderung unterdurchschnittliche allgemeine Intelligenz und beeinträchtigtes adaptives Verhalten verbinden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierte 1980 und 2001 eine *„Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung“* (ICIDH 1 und ICIDH 2, International Classification of Functioning, Disability and Health). Darin wird nun nicht mehr die Orientierung an Defiziten in den Vordergrund gestellt, sondern das Ziel der Teilhabe aller Menschen an den verschiedensten Lebensbereichen. Die WHO unterschied vormalig *„impairment“* (Schädigung), *„disability“* (Funktionseinschränkung) und *„handicap“* (soziale Beeinträchtigung). In der Fassung aus dem Jahr 2005 (ICF, "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit") wurde das Wort *„handicap“* nicht mehr verwendet, sondern die Formulierung *„Beeinträchtigung der Teilhabe an der Gesellschaft“* gewählt.

Der Tenor der Neufassung lässt sich wie folgt zusammenfassen: Im Mittelpunkt stehen eine Fähigkeitsorientierung (Ressourcenorientierung) des Menschen, statt

einer Defizitorientierung; die soziale Teilhabe (Partizipation) des Menschen, statt einer Benachteiligung; die umschreibende Formulierung besonderer pädagogischer Förderbedarf („Special Educational Needs“), statt spezifische Schädigung sowie eine maximale Selbstbestimmung für jeden Menschen als Ziel.

Die neuste Einteilung der WHO (2001), übersetzt *„Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“* (ICF), geht wie der Vorgänger von einer Dreigliedrigkeit von Behinderung aus, jedoch wurden Begrifflichkeiten und mit ihr Definitionen verändert. Manifestiert sind weiterhin die Begriffe Schädigung (körperlich), Aktivitätsbeeinträchtigung (individuell) und Partizipations-einschränkung (gesellschaftlich). Neu an der ICF ist die Einbeziehung von Umweltfaktoren wie Assistenzbedarf oder Heilmittelbedarf, sowie das Hinzuziehen von personellen Faktoren, wie Geschlechtszugehörigkeit, Alter und Ethnie. Die Klassifikation soll nach WHO nie zur Etikettierung eines Menschen verwendet werden, ebenso wie vorhandene Rechte oder Leistungen nicht durch sie eingeschränkt werden. Nach Möglichkeit sollen durch sie individuelle Wahlmöglichkeiten und Teilhabechancen erhöht werden. (vgl. DIMDI<sup>31</sup>)

Die von der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen ausgehenden Forderungen eröffnen eine inklusive Perspektive für alle Menschen. Die UN-Behindertenrechtskonvention behandelt die besonderen Bedürfnisse von Kindern mit Behinderung, in dem die Konvention anerkennt, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten beanspruchen können. Weiterhin bestimmt die UN-Behindertenrechtskonvention das Kindeswohl zum vorrangigen Kriterium für alle Maßnahmen, die Kinder betreffen (vgl. Artikel 7). Weiter erkennt die UN-Kinderrechtskonvention das *„Recht des behinderten Kindes auf besondere Hilfe“* an (Artikel 23); sie betont die *„Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität“* (Artikel 3); sie bestätigt und konkretisiert *„das Recht von Kindern mit Behinderung auf Bildung“* (Artikel 24); sie verpflichtet die Vertragsstaaten *„Gesundheitsleistungen anzubieten, durch die bei Kindern weitere Behinderungen*

---

<sup>31</sup> Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information 2013

*möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen“ (Artikel 25) und „dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern an Spiel-, Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten teilnehmen können, einschließlich im schulischen Bereich (Artikel 30). (vgl. UN-Behindertenrechtskonvention<sup>32</sup>)*

## **5.2 Besondere Bedürfnisse von Kindern mit geistiger Behinderung in Pflegefamilien**

Die Ausgangssituationen von Kindern<sup>33</sup> mit geistiger Behinderung die in einer Pflegefamilie leben sind individuell so verschieden, wie die Gründe für ihre Fremdunterbringung. Wie alle anderen Pflegekinder auch, wurden sie in ihren Herkunftsfamilien überwiegend nicht ausreichend versorgt und geschützt. Insgesamt konnten sie darum wichtige Entwicklungsaufgaben nicht bewältigen, sie zeigten sich auffällig im Verhalten oder litten still vor sich hin. *„Entwicklungsaufgaben sind normative lebensabschnittsspezifische Anforderungen, die bewältigt werden müssen, deren Bewältigung Entwicklung erfordert und auf weitere Aufgaben vorbereitet“ (vgl. Gassmann 2015, S. 42f.).*

Pflegekindern im Allgemeinen *„weitere Gemeinsamkeiten zuzuschreiben und sie sogar als eine Gruppe von Menschen, die durch Vernachlässigung, Missbrauch und/oder Gewalt traumatisiert zu definieren“, damit wird man der Gruppe der Pflegekinder nicht gerecht, auch wenn besondere Bedürfnisse in Momentaufnahmen erkennbar werden. (ebenda)*

In Kapitel 3.2.1 wurde bereits die Ausgangslage beschrieben, dass Kinder aufgrund von Merkmalen wie etwa einer Behinderung einen erhöhten Fürsorgebedarf haben. Trifft dies dann mit der Tatsache zusammen, dass die Eltern in ihren Erziehungs- und Fürsorgefähigkeiten eingeschränkt sind, kann schnell in einem besonderen Maße ein Zustand der Überforderung eintreten, in dem Eltern ihre Kinder nicht mehr adäquat versorgen können.

---

<sup>32</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung 2009

<sup>33</sup> Die Zuschreibung „Kinder mit geistiger Behinderung“ fasst Jugendliche ebenso ein.

Gründe für das Vorhandensein einer geistigen Behinderung können in prä-, peri- oder postnatale Schädigungen vorliegen. Bei den vorgeburtlichen Ursachen, kann es sich um manifeste genetische Abweichungen und Defekte oder exogene, schädigende Einflüsse z.B. durch Medikamente, Alkohol oder Drogen handeln. Die frühkindliche Hirnschädigung, die sich während des Geburtsverlaufes aufgrund eines Sauerstoffmangels oder eines Geburtstraumas ereignen kann, ist die häufigste Ursache für eine geistige Behinderung.

Auch nach der Geburt und im Verlauf der ersten Lebensmonate und Lebensjahre kann es aufgrund von Entzündungen oder Schädigungen des Gehirns und des Zentralnervensystem zu Einschränkungen in der kognitiven Entwicklung eines Kindes kommen. Auch soziokulturelle Faktoren, wie Vernachlässigung, Missbrauch und/ oder Gewalt, zeichnen sich negativ auf die kognitive Entwicklung des Kindes ab. Insbesondere Entwicklungsverzögerungen unklarer Genese können sich über die Jahre hinweg durch mangelnde Ansprache und unzureichende Pflege, Versorgung und Förderung zu einer geistigen Behinderung manifestieren.

In der Regel sind mehrere Fähigkeitsbereiche eines Kindes oder eines Jugendlichen betroffen, dies bedeutet, dass eine Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten mit Beeinträchtigungen motorischer, wahrnehmungsbezogener und sozial-emotionaler Fähigkeiten einher gehen kann. Sind mehrere Fähigkeitsbereiche betroffen, ist dann auch von einer Mehrfachbehinderung die Rede.

Geistige Behinderung wird als ein komplexes Phänomen verstanden, welches charakterisiert ist dadurch, dass sich sowohl die psychische Gesamtentwicklung, die Lernfähigkeit und einzelne psychische Funktionen wechselseitig beeinflussen. Folgende klassische Merkmale nach Mühl (2000), die modifiziert wurden, werden dabei Kindern mit einer geistigen Behinderung zugeschrieben. Dies geschieht heute in dem Bewusstsein, dass dadurch eine Ansammlung von Defizit- und Unvermögensnennungen entstehen können, die Kindern mit geistiger Behinderung, ungeachtet ihrer Ressourcen, zugeschrieben werden. Für ein besseres Verständnis sollen sie dennoch hier Erwähnung finden:

Als zentrales Leitsymptom zählt dabei eine Intelligenzminderung unterschiedlicher Ausprägung. Gängig ist noch immer die in der „alten“ Ausführung des ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (vgl. Dilling u.a. 1993) festgeschriebene und im Rahmen klinischer Diagnosen favorisierte Variante der Klassifikation geistiger Behinderung als „Intelligenzminderung“ (F70) unter Zuweisungen zu den psychischen Störungen. Die Einteilung von geistiger Behinderung erfolgt dabei in Schwergraden: leichte geistige Behinderung (IQ 50/55-70/75); mäßige/mittelschwere geistige Behinderung (IQ 35/40-50/55); schwere geistige Behinderung (IQ 15/20-35/40) und schwerste geistige Behinderung (< IQ 15/20). Im DSM-IV der American Psychiatric Association (Sass u.a. 2003) wird geistige Behinderung unter drei Kriterien zusammengefasst: unterdurchschnittliche Intelligenzleistung; Defizite im sozial adaptiven Verhalten und Auftreten bis zum 18. Lebensjahr. Geistige Behinderung wird, wenn auch eindeutig defizitorientiert, nicht nur am Intelligenzquotienten festgemacht. Es werden auch soziale Anpassungsleistungen berücksichtigt.

Nach Mühl (2000) werden Kindern mit geistiger Behinderung weiterhin besondere Erziehungserfordernisse und ein hoher Förderbedarf in der kognitiven Entwicklung zugeschrieben. Angenommen wird weiterhin, dass Kinder mit geistiger Behinderung dauerhaft hinter dem altersgemäßen Lernverhalten und einer durchschnittlichen Leistungsfähigkeit zurückbleiben. Hinzukommen können eingeschränkte Gedächtnisleistungen und eine eingeschränkte Abstraktionsfähigkeit, sowie Einschränkungen im kausalen Denken. Auch ist eine geistige Behinderung häufig durch vollständig fehlende oder verringert ausgeprägte Fähigkeiten zum Erlernen grundlegender Kulturtechniken charakterisiert. Beschrieben werden auch verschieden begrenzte Fähigkeiten zur selbständigen Aufgabengliederung, sowie ein extrem geringes Lerntempo.

Eine generelle Bildbarkeit liegt vorrangig im praktisch-anschaulichen und vor allem im lebenspraktischen Bereich vor. Kinder mit geistiger Behinderung sind in einem besonderen Maße auf die bildlich-konkrete Darstellung von Inhalten angewiesen. Weiterhin können emotionale, motorische und sprachliche Einschränkungen unterschiedlich stark ausgeprägt sein.



Kommunikationsprobleme unterschiedlicher Ursache werden ebenso häufig charakterisiert. In sozialen Handlungs-bezügen, sowie in der Anpassung an die soziale Umwelt zeigen Kinder mit geistiger Behinderung häufig enorme Anpassungsschwierigkeiten. Zudem zeigen sie ein verstärktes Streben nach Bedürfnisbefriedigung. Das Bewältigen ungewohnter Situationen fällt ihnen oftmals in einem besonderen Maße schwer und sie verfügen über eine eher geringe Spontanität.

Fakt ist, dass Kinder mit geistiger Behinderung, wie alle anderen Kinder auch, sehr verschiedene Persönlichkeiten mit unterschiedlichsten Ressourcen sind. Den Bedürfnissen von Kindern mit geistiger Behinderung entsprechend bedarf es jedoch eines Begriffs, der die in den Blickpunkt gestellten Kinder in der Gesamtheit ihrer Ressourcen beschreibt.

Kinder mit geistiger Behinderung haben in unterschiedlichsten Bereichen erhöhte Unterstützungsbedarfe, die ihren ganz individuellen Bedürfnissen zugrunde liegen. Dies kann sich insbesondere auf pflegerische Hilfe<sup>34</sup> im Bereich der Körperpflege beziehen. Je nach Alter des Kindes oder Jugendlichen entsteht so ein individuell differenzierter Unterstützungsbedarf vor allem im Bereich der Selbständigkeitsfähigkeiten. Dies kann sich auf Toilettengängen beziehen, kann aber auch bedeuten, dass ein Kind oder Jugendlicher durch eine entsprechende Inkontinenzversorgung über das Kleinkindalter hinweg weiter versorgt werden muss. Hinzu kommen Hilfen beim Waschen, Duschen, Baden, Zähneputzen, Kämmen, Rasieren und weitere Unterstützungsbereiche. Im Bereich der Ernährung kann ein besonderer Bedarf bei der Nahrungsaufnahme entstehen oder auch bei der mundgerechten Zubereitung der Mahlzeiten. Im Bereich der Mobilität reichen die Unterstützungsmöglichkeiten und Unterstützungsnotwendigkeiten von den Hilfen zum Aufstehen, Umlagern, Gehen, Stehen und Treppensteigen, bis hin zum Ankleiden und Auskleiden. Hinzu kommen möglicherweise besondere Unterstützungsbedarfe im Bereich der ärztlichen Verordnungen durch die Versorgung mit Medikamenten, regelmäßige Arztbesuche, wöchentliche

---

<sup>34</sup> Einige der aufgezählten Unterstützungsbereiche sind angelehnt an die Maßgaben zur Grundpflege im Rahmen der Pflegeversicherung. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit)

Therapietermine und die Weiterführung zu Hause, sowie möglicherweise längere Klinik- oder Kuraufenthalte.

Auch im Kontext der sozialen Beziehungsfähigkeit haben Kinder mit geistiger Behinderung unterschiedlichste Bedürfnisse. Sei es in der Reaktion auf andere Menschen, im Blickkontakt, im Spiel oder auch bei der Suche nach Trost.

Viele Kinder mit geistiger Behinderung lernen erst spät sprechen, manche Kinder werden im gesamten Lebensverlauf zu keiner aktiven Sprache kommen und verhaften in vorsprachlichen Verständigungsmustern. Die Kommunikation und das Sprachverständnis sind häufig erschwert. Daraus resultierend ist es von besonderer Bedeutung, dass Kinder mit geistiger Behinderung von ihrem Umfeld wahrgenommen werden und dass ihre Bedürfnisse mit Hilfe verschiedener Kommunikations- und Unterstützungssysteme erfasst und verstanden werden können. Diese Notwendigkeit erfordert in einem besonderen Maße auch Zeit für die Auseinandersetzung mit diesen Systemen und die daraus resultierende individuelle Umsetzung.

Zahlreiche Pflegekinder mit geistiger Behinderung zeigen Fütter- und Essstörungen, die auf vorherigen Belastungserfahrungen in Herkunftsfamilien beruhen können und geduldig von den Pflegeeltern im Rahmen eines besonderen Bedürfnisses des Kindes verstanden werden müssen. Hinzu kommen auch ausgeprägte Ängste, zwanghaftes Verhalten, zwanghafte Verhaltensformen, Stereotypien, selbstverletzendes Verhalten, sowie Schlafstörungen.

Auch in außergewöhnlichen Reaktionen auf Reize, wie Selbststimulation, repetitive Manipulation von Objekten, Unempfindlichkeit für Schmerzen, Abwehr von Veränderungen und ein stetes Beruhen auf Ritualen, zeigen sich besondere Bedürfnisse von Kindern mit Behinderungen. Ebenso in belastenden Verhaltensweisen, wie Wutanfällen, aggressives und destruktives Verhalten, Kooperationsabwehr und in der Provokation von Aufmerksamkeit.

Pflegekindern mit geistiger Behinderung bilden ebenso wenig wie Pflegekinder im Allgemeinen keine homogene Gruppe, der eindeutig zugeschrieben werden kann,

welche Bedürfnisse diese haben oder nicht. *„Besondere Bedürfnisse werden in den Momentaufnahmen zwar erkennbar. (...) Die besonderen Themen verändern sich jedoch, denn sie werden bearbeitet und meistens bewältigt.“* (Gassmann 2015. S. 10). Wolf (2014, S. 197) versteht die *„Spuren im Denken, Fühlen und Handeln“* von Menschen, die unter *„(extrem) ungünstigen Bedingungen“* ins Leben starten, als Bewältigungsversuche und nicht als Störungen. Weiterhin sprechen Rech-Simon & Simon (2014, S. 46 ff.) bei Pflege- und Adoptivkindern von einem *„(frühen) Lernen statt von Traumatisierung“*. Zeigen sich hingegen bei Pflegekindern aufgrund von Vernachlässigung, Missbrauch und Gewalt Entwicklungsverzögerungen, die sich zu einer geistigen Behinderung manifestieren, kann nicht mehr von einem Bewältigungsversuch die Rede sein. Besondere Bedürfnisse resultieren, auch wenn tragende Themen ansatzweise bearbeitet und bewältigt werden können.

Pflegekinder haben im Allgemeinen spezifische individuelle Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, die sich in der Regel von Entwicklungsaufgaben anderer Gleichaltriger unterscheiden. *„Diese Aufgaben haben ihr Wurzeln im Beziehungsgeflecht und gründen darin, dass ihnen ein neuer Lebensmittelpunkt zugemutet wurde“* (Gassmann 2015. S. 10). Pflegekindspezifische Entwicklungsaufgaben lassen sich schließlich anhand von Theorie und Forschung zusammentragen (ebenda, S. 12).

*„Pflegekindspezifisch sind das beanspruchte Vertrauen in enge soziale Beziehungen oder gar das Misstrauen und die oft damit zusammenhängenden ‚Überlebensaufgaben‘, Irritationen, die den eigenen Selbstwert und die eigene Selbstwirksamkeit empfindlich beeinflussen, eine besondere Beanspruchung der Ressource Treue gegenüber wegweisenden Ratgebenden“* (ebenda). An alle Pflegekinder werden in dieser Lebenssituation besondere Anforderungen gestellt. Pflegekinder müssen die Inpflegenahme verarbeiten, eine Beziehung zu den Pflegeeltern aufbauen, sich mit ihrer eigenen Herkunft befassen, mit Loyalitätskonflikten umgehen, ihren Status als Pflegekind annehmen und versuchen, eine Balance zur Normalität herzustellen (vgl. ebenda, S.12).

Auch Pflegekinder mit geistiger Behinderung sind in der besonderen Situation der Inpflegenahme in eine fremde Familie mit den besonderen Anforderungen dieser Lebenssituation konfrontiert. In der Regel befinden sich diese Kinder zum Zeitpunkt der Aufnahme in eine Pflegefamilie in einem Status, der in Bezug auf die Umschreibung ihrer „Besonderheit“ noch nicht greifbar ist, es sei denn eine (geistige) Behinderung ist bereits klar diagnostiziert<sup>35</sup>. Für viele Pflegefamilien und ihre Pflegekinder ist diese Lebenssituation direkt nach dem Übergang in die Familie geprägt von großer Unklarheit in Bezug auf eine mögliche Diagnose<sup>36</sup>.

### **5.3. Was Pflegefamilien leisten! – Besondere Herausforderungen von Pflegefamilien mit Kindern mit geistiger Behinderung**

Eine wesentliche Schlüsselfunktion für die positive Entwicklung eines Pflegekindes ist die vollständige Annahme und Akzeptanz durch die Pflegeeltern und das gesamte Umfeld. Pflegeeltern befinden sich in einer besonderen Position, denn sie haben das Pflegekind weder gezeugt, noch zur Welt gebracht. Manchmal ist bereits bei der Aufnahme des Kindes in die Familie bekannt, dass eine (geistige) Behinderung vorliegt. Dies ist der Fall, wenn Behinderungen wie zum Beispiel Gendefekte oder körperliche Behinderungen direkt nach der Geburt oder bereits vorher auf Grund von Pränataldiagnostik bekannt werden. Sind Pflegekinder beim Übergang in die Pflegefamilie bereits älter, sind möglicherweise Behinderungen bereits diagnostiziert wurden. Einige Pflegekinder kommen jedoch auch in Pflegefamilien und eine (geistige) Behinderung wird erst im Laufe der Zeit erkennbar, wenn sich beispielsweise Entwicklungsverzögerungen zu einer (geistigen) Behinderung manifestieren.


Ist eine Behinderung bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt und konnten Pflegeeltern sich bewusst für ein Kind mit einem besonderen Bedarf entscheiden, gelingt es ihnen oft leichter, sich mit den Bedürfnissen des Kindes

---

<sup>35</sup> Dies ist der Fall bei einer klar diagnostizierten körperlichen Behinderung oder auch bei genetisch bedingten und offensichtlichen Diagnosen wie beispielsweise dem Down-Syndrom.

<sup>36</sup> Der Begriff der Diagnose wird an dieser Stelle bewusst gewählt, da dieser neben der Charakteristik einer Zuschreibung vor allem aber auch den Aspekt der Klarheit bedient.

auseinanderzusetzen. Dies steht in seiner Differenz der Situation von leiblichen Eltern gegenüber, die statt eines erhofften gesunden und nichtbehinderten Kindes in der Realität ankommen und sich mit der Behinderung ihres Kindes auseinandersetzen müssen. Als eine zentrale Schlüsselfrage für die leiblichen Eltern steht dabei die Annahme des Kindes. In der Frühförderung wird hierzu ein prozesshafter Verlauf zur seelischen Annahme eines Kindes mit Behinderung angenommen, der in Stufen verläuft (vgl. Schmutzler 2008, S. 79f.). Die Basis für eine positive Persönlichkeitsentfaltung des Kindes ist seine seelische Annahme. Die folgende Abbildung (Abb. 18) zeigt exemplarisch die „*Stufen der seelischen Annahme*“, die prozesshaft sechs mögliche Stufen durchläuft und sich in differenzierten Erlebnis- und Aktivitätsformen widerspiegelt.

Stufen der Annahme		Erlebnis- und Aktivitätsformen
Aktive seelische Annahme		Eltern akzeptieren die Lebenssituation, gestalten sie mit, handeln in konkreten Möglichkeiten und können Werte verwirklichen
Trauer		Eltern erkennen, dass nicht alles geheilt werden kann, zeigen Gefühle des Verlustes, Gram oder Depression
Verhandeln mit dem Schicksal		Eltern suchen nach Heilungswegen und hoffen auf Wunder
Auflehnung		Eltern reagieren mit Aggressionen oder Protest, betreiben Ursachen- und Schuldsuche, isolieren sich
Gewissheit		die Wahrheit wird angenähert, abgelehnt, vermittelt, Eltern reagieren mit Schock
Ungewissheit		Eltern schöpfen Verdacht, verdrängen oder verleugnen die Behinderung oder Beeinträchtigung
Geburt		

**Abbildung 18 Stufen der seelischen Annahme (vgl. Schmutzler 2008, S. 78)**

Insbesondere die Mutter-Kind-Beziehung ist eine wesentliche Basis für die spätere emotionale Bindung des Kindes. Schock verhindert anfänglich oft die seelische Annahme des behinderten Kindes. Damit wird auch der Aufbau einer entwicklungsfördernden Eltern-Kind-Beziehung verhindert. Die Eltern erleben oft

eine hohe psychische und physische Belastung, die sich mit weiteren Problemen, wie wirtschaftliche Sorgen, Arbeitslosigkeit, Alkoholprobleme, Unsicherheit in der Erziehungskompetenz, eigene Behinderungen oder weiteren Problemlagen anhäufen kann. Eltern fühlen sich in diesen Phasen oft verunsichert, ratlos, haben Zukunftsängste oder müssen sich sogar mit dem Thema Tod auseinandersetzen.

Ob Pflegeeltern die Stufen der seelischen Annahme gleichsam wie leibliche Eltern durchlaufen, kann nicht sicher angenommen werden, da es hierzu keine Untersuchungen gibt. Fakt ist, dass ein Kind mit einer Behinderung die Familie verändert, auch eine Pflegefamilie. Den Pflegeeltern kann es durch die Tatsache, dass das Pflegekind nicht das leibliche Kind ist und damit keine biologische Elternschaft vorliegt leichter gelingen, eine vorliegende Behinderung als Realität anzunehmen. Ein bedeutender Faktor, der bei Pflegeeltern entfällt, ist dabei die Suche nach der Ursachenklärung und damit auch nach einem weiteren Risiko beispielsweise bei einer weiteren Schwangerschaft. Dabei sind sie von Selbstvorwürfen im Kontext einer mangelnden Erziehungsfähigkeit oder einer möglichen Vernachlässigung weitestgehend entlastet. Bedeutend sind dagegen Erfahrungen von anderen (Pflege)Eltern, wie sich Kinder mit ähnlichen Behinderungsbildern entwickeln. Es ist anzunehmen, dass Pflegeeltern sich zum Zeitpunkt der Aufnahme eines Kindes bereits in der Phase der „Aktiven seelischen Annahme“ befinden. In dieser Phase akzeptieren sie die Lebenssituation, gestalten sie mit, handeln in konkreten Möglichkeiten und können Werte verwirklichen.

Welchen besonderen Herausforderungen sehen sich Pflegeeltern von Kindern mit (geistiger) Behinderung ausgesetzt? Was leisten Pflegeeltern? In ihrem Tun setzen Pflegeeltern von Kindern mit geistiger Behinderung immer wieder bei elementaren Wahrnehmungs- und Lernprozessen an. Dies ist insbesondere auch bei schwerstmehrfachbehinderten Kindern der Fall. Pflegeeltern ermöglichen vielfältige sinnliche Erfahrungen und entdecken gemeinsam mit den Kindern mannigfaltige Zugangswege zu elementaren Wahrnehmungskanälen. So setzen sie individuelle kleinschrittige Lernprozesse in Gang. Für Pflegeeltern, die Kinder mit geistiger Behinderung begleiten, bestehen ein erhöhter pädagogischer und auch personeller Mehrbedarf, der häufig gekennzeichnet ist von einem höheren

behinderungsbedingten Pflegeaufwand und der Anforderung vielfältige Individualisierungsmöglichkeiten zu schaffen. Weiterhin sind ein Mehreinsatz an technischen Hilfsmitteln und einer methodisch breiteren Differenzierung in Bezug auf Kommunikation, sowie ein höherer Erziehungs- und Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Entwicklung von Sozialkompetenzen erforderlich.

Gerade auch den Faktor Zeit investieren Pflegeeltern bei Kindern mit (geistiger) Behinderung in einem besonderen Maße. Viele Schritte im Alltag und Entwicklungsverlauf des Kindes erfordern in einem besonderen Maße Zeit, Kleinschrittigkeit und Geduld.

## 6 Die Durchführung der empirischen Untersuchung

Das folgende Kapitel zeigt den methodischen Hintergrund der empirischen Untersuchung auf. Zu Beginn werden das forschungsmethodische Vorgehen (Kap. 6.1) sowie die wissenschaftliche Erhebungsmethode des leidfadengestützten Interviews (Kap. 6.1.1) und das Auswertungsverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Kap. 6.1.2), insbesondere die der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Kap. 6.1.2.1) und das Kategorienschema (Kap. 6.1.2.2) vorgestellt. Weiterhin werden die Durchführung und Aufbereitung der Interviews (Kap. 6.2), die Entwicklung eines Interviewleitfadens (Kap. 6.2.1), die Auswahl der Interviewpartner und Stichprobe (Kap. 5.2.2), die Durchführung der qualitativen Interviews (Kap. 6.2.3), die Datenaufbereitung und Transkription (Kap. 6.2.4), sowie die Durchführung der Datenauswertung (Kap. 6.2.5) beschrieben. Zum Abschluss erfolgt eine Methodenreflexion (Kap. 6.2.6).

### 6.1 Das forschungsmethodische Vorgehen

In der Literatur gibt es wenige Informationen, welche sich auf Pflegekinder mit einer geistigen Behinderung beziehen. Diese Arbeit soll eine grundlegende Beschreibung darstellen. Sie fokussiert das Pflegekind mit einer geistigen Behinderung im Bezugsrahmen der Pflegefamilie. Ziel der empirischen Untersuchung ist das Gewinnen von Aussagen von Pflegeeltern, welche ein Kind mit einer geistigen Behinderung im Rahmen der Vollzeitpflege in ihre Familie aufgenommen haben. Bereits jetzt wird deutlich, dass die zentrale Forschungsfrage nur durch eine eigene empirische Untersuchung beantwortet werden kann. Die Arbeit verfolgt hinsichtlich des Forschungsinteresses einen explorativen Ansatz, da die vorhandene Datenlage begrenzt ist. Explorative Untersuchungen bedienen sich meist qualitativer Methoden der Sozialforschung. Qualitative Verfahren ermöglichen es dem Forschenden, *„überraschende Beobachtungen zu machen, Sachverhalte zu problematisieren und zu neuen Erklärungen anzuregen“* (Kelle 2007, S. 51).



Mayer (2008, S. 36) beschreibt dies wie folgt: *„Für neue, wenig untersuchte Problemstellungen empfiehlt es sich, (...) zunächst mit einer explorativen Forschung (erkundende Forschung) zu beginnen und dann erst eine hypothesengeleitete Untersuchung durchzuführen. Eine explorative Forschung hat das Ziel einer sorgfältigen Beschreibung (Deskription) von bislang noch nicht bzw. wenig untersuchten Sachverhalten.“*

Zur Beantwortung der Fragestellung wird in der vorliegenden Arbeit ein Leitfadeninterview als Erhebungsmethode herangezogen. Das Leitfadeninterview hat den Vorteil eines vorbereiteten Leitfadens für den Interviewer. Der Gesprächspartner kann im Verlauf offen berichten und weitere individuell bedeutsame Aspekte ergänzen. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring dient als Auswertungsmethode für das Forschungsvorhaben. Im Folgenden werden das Leitfadeninterview als Erhebungsmethode (Kap. 6.1.1) und die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring als Auswertungsmethode (Kap. 6.1) dargestellt.

#### **6.1.1 Das Leitfadeninterview**

Das Interview erscheint in Bezug auf die zentrale Forschungsfrage als besonders geeignete Methode, gilt es doch in der qualitativen Forschung *„vielfach als methodischer Königsweg“* (Lamnek 1995, S. 35). *„In der Qualitativen Forschung werden Interviews gerne und häufig eingesetzt, erhält man doch auf diesem Weg einen raschen Zugang zum Forschungsfeld, zu den interessanten Personen und in der Regel reichlich Datenmaterial. (...) Interviews geben den Befragten selbst das Wort, sie erhalten im Interview Gelegenheit, über ihre Biografie, Weltsicht, Erfahrungen und Kontexte zu berichten und machen diese Informationen damit der Forschung zugänglich.“* (Friebertshäuser 2003, S. 371)

Fuhs (2007, S. 68f.) beschreibt: *„Ziel ist es, durch ein Interview möglichst solche Daten zu erhalten, die direkt aus der Lebenswelt der Befragten stammen, also ‚authentisch‘ die Sicht der Personen auf ihre eigene Welt widerspiegeln. Zugrunde liegt hier die Annahme, dass sich in den Interviews die Lebenswelt der Befragten*

*abbildet, dass also ein enger Zusammenhang zwischen dem erzählten Leben und den tatsächlichen Erlebnissen besteht.“* Das Interview gilt dabei als eine zentrale Methode, *„den Alltag von Menschen zuverlässig zu erforschen“* (Schmidt-Lauber 2001). Das qualitative Interview ermöglicht dabei einen Zugang in das soziale Feld, wie es anderen Verfahren nicht möglich ist. *„Für die Beliebtheit des Interviews spielt auch eine Rolle, dass die Informationen in statu nascendi aufgezeichnet werden können, unverzerrt authentisch sind, intersubjektiv nachvollzogen und beliebig reproduzierbar sind“* (Lamnek 1995, S. 35).

In der qualitativen Forschung sind die Erhebungsinstrumente nichtstandardisierte Befragungen (z.B. das narrative Interview); teilstandardisierte Befragungen (z.B. das Leitfadeninterview); Beobachtungen (z.B. die Feldforschung) und nonreaktive Verfahren (z.B. die Biografieforschung) die vorherrschenden. Alle Erhebungsinstrumente haben gemeinsam, dass auf eine Vorbereitungsphase eine Phase der Datenerhebung folgt, die Durchführung von Interviews. Dem schließt sich eine Phase der Datenaufbereitung an, wie die Transkription. In der Abschlussphase erfolgt die Datenauswertung durch die Analyse und die Interpretation des aufbereiteten Materials.

Das Leitfadeninterview wird als gängigste Form qualitativer Befragungen beschrieben (vgl. Bortz/ Döring 2015, S. 314). *„Durch den Leitfaden und die darin angesprochenen Themen erhält man ein Gerüst für Datenerhebung und Datenanalyse, das Ergebnisse unterschiedlicher Interviews vergleichbar macht. Dennoch lässt es genügend Spielraum, spontan aus der Interviewsituation heraus neue Fragen und Themen einzubeziehen oder bei der Interviewauswertung auch Themen herauszufiltern, die bei der Leitfadenkonzeption nicht antizipiert wurden“.* (ebenda, S. 314)

Für die Durchführung der empirischen Untersuchung im Rahmen der Fragestellung fiel die Entscheidung auf ein leitfadengestütztes Interview. *„Ziel und Vorteil von Leitfadengesprächen werden im allgemeinen darin gesehen, dass durch die offene Gesprächsführung und die Erweiterung von Antwortspielräumen der jeweilige Bezugsrahmen des Befragten bei der Fragenbeantwortung miterfasst*

*werden kann, um so einen Einblick in die Relevanzstruktur und die Erfahrungshintergründe des Befragten zu erlangen“.* (Schnell u.a. 1995, S. 353)

Der Begriff Leitfadeninterview fasst verschiedene Formen des qualitativen Interviews zusammen, denen gemeinsam ist, dass sie eine teilstandardisierte, offene bzw. halboffene Form der Interviewführung als Erhebungsinstrument nutzen. Diese Erhebungsmethoden werden als teilstandardisiert bezeichnet, weil sie große Spielräume bei der Gestaltung des einzelnen Interviews zulassen und gleichzeitig bestimmte vorgegebene Themen in jedem Fall berücksichtigt werden. Die dazu notwendigen Einzelentscheidungen erfordern vom Interviewer *„ein großes Maß an Sensibilität für den konkreten Interviewverlauf und für den Interviewten. Darüber hinaus verlangen sie ein großes Maß an Überblick über das bereits Gesagte und seine Relevanz für die Fragestellung der Untersuchung“.* (Flick 2007, S. 223)

Die Entscheidung für die Durchführung von Leitfadeninterviews in der vorliegenden Arbeit wird bestärkt durch die Tatsache, dass diese einen direkten Zugriff auf das Forschungsfeld und auf die subjektiven Aussagen bieten. Die Interviewten, in diesem Fall die Pflegeeltern, sollten dabei über ihre persönlichen Erfahrungen und über ihr persönliches Erleben berichten. So ermöglichen sie einen direkten Zugang zum relevanten Datenmaterial. In der vorliegenden Studie kommen Leitfadeninterviews zur Anwendung. Als Erhebungsinstrument wurde ein Interviewleitfaden entwickelt.

### **6.1.2 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring**

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2001) ist eine qualitative Methode zum regelgeleiteten und intersubjektiv nachvollziehbaren Strukturieren von umfangreichem Datenmaterial. Im Unterschied zu anderen Inhaltsanalysen ist die qualitative Inhaltsanalyse aufwendiger, da sie Feinanalysen enthält, die auf ein sehr gut ausgearbeitetes Kategoriensystem abzielen (vgl. Bortz/ Döring 2006, S. 332). Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring enthält drei Techniken: (1) Die zusammenfassende Inhaltsanalyse, bei der das Material so reduziert wird, dass wesentliche Inhalte erhalten bleiben, wobei ein kurzer überschaubarer Text

entsteht. Wesentliche Arbeitsschritte sind die Paraphrasierung, die Generalisierung und die Reduktion. (2) Die explizierende Inhaltsanalyse zieht zum verständlich machen von unklaren Textstellen zusätzliches Material hinzu und (3) die strukturierende Inhaltsanalyse will bestimmte Themen und Inhalte aus dem Material herausfiltern. Hierzu gibt es je nach Art der theoriegeleitet entwickelten Strukturdimensionen unterschiedliche Vorgehensweisen. Durch ein genaues Formulieren von Definitionen typischer Textpassagen und Codierregeln soll ein Codierleitfaden entstehen der die Strukturierungsarbeit präzise gestalten lässt (vgl. Mayring 2008, S. 472).

#### ***6.1.2.1 Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring***

In der vorliegenden Arbeit wird eine zusammenfassende Inhaltsanalyse angewandt. Da das Interesse der durchgeführten Untersuchung vor allem die inhaltliche Ebene des Textmaterials fokussiert, sollen die Interviews so von einer relativ großen Textmenge auf einen überschaubaren Text reduziert werden. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring stellt „die erste qualitative Technik“ (Mayring 2008, S. 59) dar. Im Folgenden wird diese genauer dargelegt:

Das Auswertungsverfahren zeichnet sich durch eine systematische, von Regeln geleitete und den Inhalt konservierende Zusammenfassung des Analysematerials aus. Methodologisches Anliegen ist dabei, das Analysematerial auf ein überschaubares Maß zu reduzieren. Damit ermöglicht die zusammenfassende Inhaltsanalyse ein systematisierbares und nachvollziehbares Vorgehen anhand klar definierter Analyseschritte und Analyseregeln. Mayring (2003, S. 42ff.) führt als wesentliche Grundprinzipien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse an:

- (1) Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang: Der Text wird immer innerhalb seines Kontextes interpretiert und auf seine Entstehung und Wirkung hin untersucht.
- (2) Systematisches regelgeleitetes Vorgehen: Die Textanalyse erfolgt anhand von vorab festgelegten Regeln. Diese werden, angepasst an den jeweiligen Untersuchungsgegenstand und die konkrete Fragestellung, in einem

Ablaufmodell vor Beginn der Analyse definiert und in ihrer Reihenfolge fixiert. Dadurch soll die Vorgehensweise der Analyse so dokumentiert sein, dass auch andere diese in ähnlicher Weise durchführen können.

- (3) Im Zentrum der Analyse stehen Kategorien, welche die Intersubjektivität des Vorgehens sichern sollen. Dabei steht eine synthetische Kategorienbildung im Vordergrund, d.h. die Kategorien werden erst während des Analyseprozesses gebildet. Sie stellen inhaltlich komplexe Aussagen dar und fungieren nicht nur als Markierung, um bestimmte Textstellen zu bezeichnen.
- (4) Gegenstandsbezug statt Technik: Qualitative Inhaltsanalyse ist keine universell einsetzbare Technik, sondern bindet am konkreten Untersuchungsgegenstand an und muss auf die konkrete Studie hin modifiziert werden.
- (5) Überprüfung der spezifischen Instrumente durch Pilot-Studien: Aus der Tatsache, dass die konkreten Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse entsprechend des Untersuchungsgegenstandes immer neu spezifiziert werden müssen, ergibt sich die Forderung nach Testläufen der Instrumente (für die prinzipielle Verfahrensweise und das Kategoriensystem). Testläufe sind als Rücklaufschleifen im Ablaufmodell auszuweisen und im Forschungsbericht zu dokumentieren.
- (6) Theoriegeleitetheit der Analyse: Darunter ist zu verstehen, dass der Stand der Forschung zum Gegenstandsbereich systematisch für die Festlegung der grundsätzlichen Vorgehensweise der Analyse und der konkreten Analyseschritte, herangezogen wird. Inhaltliche Argumente haben Vorrang vor Verfahrensargumenten.
- (7) Der Einbezug quantitativer Analyseschritte ist, dort wo es sinnvoll erachtet wird anzustreben, muss jedoch sorgfältig begründet werden.
- (8) Den Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität wird wie in der quantitativen auch in der qualitativen Inhaltsanalyse ein hoher Stellenwert beigemessen. Die Testläufe einer Studie dienen der Suche und Beseitigung von Fehlerquellen und der Modifizierung der Analyseinstrumente, um die Güte der Ergebnisse zu verbessern.

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse schließt an die Zusammenfassung als eine alltagsweltliche Interpretationsform an, die Menschen ständig unbewusst gebrauchen. Eine wissenschaftliche Methode bedarf jedoch, im Gegensatz zu einer Alltagstheorie, intersubjektiv nachvollziehbare Regeln (vgl. ebenda). Einzelne Schritte einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse müssen daher in Art und Reihenfolge im Voraus in einem Ablaufmodell festgelegt werden. Mayring (2003, S. 54-60) schlägt folgende prinzipielle Schrittfolge vor:

Der erste Schritt besteht in der Bestimmung des Ausgangsmaterials und in der Festlegung des zu analysierenden Textmaterials. In diesem Schritt wird ausgewählt, welche Textpassagen einer Analyse unterzogen werden sollen. Weiterhin erfolgt eine Beschreibung, von wem und unter welchen Umständen das Textmaterial produziert wurde sowie eine formale Charakterisierung des Materials, dies bedeutet in welcher Form das Material vorliegt (vgl. Mayring 2003, S. 47).

Der zweite Schritt im Ablaufmodell bezieht sich auf die Fragestellung der Analyse. Ohne die Festlegung einer spezifischen Fragestellung ist keine Inhaltsanalyse denkbar. Es ist zu bestimmen, was aus dem Text herausinterpretiert werden soll und es ist eine präzise Fragestellung zu formulieren. Im dritten Schritt erfolgt die Festlegung, welche Analysetechnik (Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung) angewandt werden soll.

Weiterhin erfolgt die Aufstellung eines entsprechenden Ablaufmodells der Analyse (vgl. ebenda, S. 50ff.). Im vierten Schritt kommt es zur Bestimmung der Analyseeinheiten (Kodiereinheit) und zur Festlegung der Textteile, die nacheinander ausgewertet werden (Auswertungseinheit). Darauf folgt die Paraphrasierung in einem ersten Materialdurchgang. Dabei werden die Kodiereinheiten in kurze, Inhalt tragende Textstellen umgeschrieben. Die so gewonnenen Paraphrasen werden im Anschluss auf ein vorab festgelegtes Abstraktionsniveau allgemeiner formuliert (Generalisierung).

Die durch Generalisierung entstandenen inhalts- oder bedeutungsgleichen Paraphrasen werden durch Selektion oder Streichung reduziert. In einem weiteren Schritt werden sich aufeinander beziehende Paraphrasen des gesamten Textes zu

neuen Aussagen in Form eines komplexen Kategoriensystems gebündelt, konstruiert und auf das angestrebte Abstraktionsniveau reduziert.

Dabei müssen alle ursprünglichen Paraphrasen des ersten Materialdurchgangs in diesen Kategorien aufgehen, wobei eine weitere Reduktion erfolgen kann. (vgl. Mayring 2003, S. 61f.) Der letzte Schritt im Ablaufmodell vollzieht sich in der Überprüfung und in der Interpretation der Analyseergebnisse in Richtung der an den Text gestellten Fragestellung.

Nach Mayring (2003, S. 64ff.) erfolgt die Durchführung und Dokumentation der zusammenfassenden Inhaltsanalyse in Form einer Tabelle, auch Zusammenfassungsmaske genannt. In dieser werden Fallnummer, Seitenzahl der Fundstelle im Primärtext, die laufende Nummer der Paraphrase und die Paraphrase selbst dargestellt. In weiteren Spalten finden sich die Generalisierungen inklusive der Streichungen sowie als Ergebnis des Reduktionsschrittes die Kategorien.

#### **6.1.2.2 Zum Kategorienschema**

Die Kategorien werden in der vorliegenden Arbeit schrittweise aus dem zugrunde liegenden Textmaterial gewonnen. Nach Mayring (2008, S. 472) handelt es sich dabei um eine induktive Kategorienbildung.

Das Kategorienschema ist das zentrale Element der Inhaltsanalyse, bei der drei Schritte zu durchlaufen sind:

- Identifizierung der relevanten Dimensionen der Fragestellung. Diese können sich auf die Inhalte, aber auch auf formale Gesichtspunkte des Textmaterials beziehen.
- Zerlegung des Textes in seine Einzelbestandteile, die sog. Zähleinheiten. Diese sollen dem Kategorienschema zugeordnet werden.
- Auf der Grundlage des 1. und 2. Schrittes werden Schlussfolgerungen gezogen, die über das einzelne Dokument hinausgehen.

Am Ende sollte das Kategorienschema folgende Eigenschaften erfüllen: die Kategorien dürfen sich nur auf eine Dimension beziehen, nie auf mehrere; sie

müssen einander ausschließen; sie müssen vollständig und hinreichend klar definiert sein und jede Zähleinheit muss sich einer definierten Kategorie zuordnen lassen. (vgl. ebenda)

## **6.2 Die Durchführung und Aufbereitung der Interviews**

### **6.2.1 Die Entwicklung eines Interviewleitfadens**

Die Entwicklung und der Einsatz eines Leitfadens setzt beim Forschenden ein gewisses Vorwissen über den Untersuchungsgegenstand voraus, welches als fundierte, theoretische Grundlage für die Formulierung der Fragen dient. *„Erst auf der Basis fundierter, theoretischer oder empirischer Kenntnisse lassen sich Leitfaden-Fragen formulieren“.* (Friebertshäuser 1997, S. 375)

Der vor der Durchführung entwickelte Leitfaden soll gewährleisten, dass alle für das Forschungsinteresse wichtigen Fragen angesprochen werden und dass eine gewisse Vergleichbarkeit der verschiedenen Interviewergebnisse erreicht wird. Um dies zu erreichen, sind neben den in jedem Fall zu stellenden „Schlüssel Fragen“ auch „Eventualfragen“ zu formulieren, denen bei Bedarf nachgegangen wird (vgl. Friebertshäuser 1997, S. 376). Wesentliche Merkmale von Leitfadeninterviews sind die Vorbereitung und Formulierung von Fragen und Themenblöcken, die den jeweiligen Problembereich näher eingrenzen. Dabei kann der Grad der Ausformulierung der Fragen ganz unterschiedlich sein. *„Es kann sich als hilfreich erweisen, den Leitfaden detailliert auszuformulieren und Nachfrage-Themen bereits zuvor festzulegen. Das dient zum einen einer gewissen Standardisierung der verschiedenen Interviews und erleichtert später die Vergleichbarkeit der Interviews untereinander (...)“.* (ebenda, S. 376)

Das Erstellen eines Interviewleitfadens bedeutet vorerst, Vorarbeit zu leisten. Um adäquate Fragen formulieren zu können, muss sich im Vorfeld intensiv in das Thema und die Fragestellung eingearbeitet werden. Die im Anschluss formulierten Fragen müssen vom Gesprächspartner beantwortet werden können und sollten im Kompetenzbereich des zu Interviewenden liegen. Nicht angesprochene Aspekte



soll der Leitfaden ergänzen. Somit kann der Erzählfluss des Befragten unterstützt werden. Der Leitfaden ist nicht dazu gedacht, das Interview durchgängig zu strukturieren. Jederzeit muss der Interviewer die Entscheidungsmöglichkeit haben, in das Gespräch einzugreifen, um vertiefend nachzufragen. Neue Aspekte sollen erst dann angesprochen werden, wenn ein Themenaspekt eingehend besprochen wurde. Dies bedeutet, dass der Interviewer ein gewisses Maß an Feingefühl mitbringen sollte. (vgl. Scholl 2003)

Anhand des Interviewleitfadens wurden zu Beginn jedes Interviews Daten zum persönlichen Profil der Pflegeeltern, der gesamten Pflegefamilie und des Pflegekindes erhoben. In Bezug auf die in den Pflegefamilien lebenden Kinder mit einer geistigen Behinderung folgen dann Fragen zu Motiven und zur Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes, Fragen zur Behinderung des Pflegekindes, Fragen zum persönlichen emotionalen Erleben und Fragen zur Elternschaft.

Der vollständige Interviewleitfaden, welche die Grundlage für die vorliegende explorative Studie liefert, befindet sich im Anhang dieser Arbeit (Anhang II).

### **6.2.2 Die Auswahl der Interviewpartner und Stichprobe**

Von Beginn an wurde eine Strategie zur Auswahl der Pflegefamilien überlegt und eingegrenzt, die interviewt werden sollten. Die Interviewpartner, in diesem Fall Pflegeeltern, wurden aufgrund der speziellen Fragestellung und des Erkenntnisinteresses der Untersuchung ausgewählt und festgelegt.

In der qualitativen Forschung kommt der Auswahl der Fälle eine besondere Bedeutung zu. *„Die Qualitative Forschung möchte (...) die von ihr untersuchte Lebenswelt möglichst genau beschreiben und in ihren Bedeutungen verständlich machen“.* (vgl. Fuhs, 2007, S. 60) In der Qualitativen Forschung werden in einem Sampling die Fälle zusammengestellt, wobei zu Beginn nicht die Frage nach der Zusammensetzung der Fallsammlung relevant ist, sondern die Erschließung des Forschungsfeldes. Das Feld entspricht dabei einem Untersuchungsgebiet, in dem empirische Daten erhoben werden. *„Es ist ein Teil der speziellen Realität, mit dem*

*die Forschenden interagieren, um Antworten auf ihre Fragen zu finden“.* (ebenda, S. 61)

In der vorliegenden Arbeit wurde zur Auswahl von Interviewpartnern das Schneeballverfahren (Snowball-Sampling) angewandt. Dieses Verfahren orientiert sich an den Beziehungen, die im Feld vorhanden sind. Dabei empfehlen Interviewpartner *„andere Personen im Feld, mit denen sie in Kontakt stehen“* (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Das Schnellballverfahren unterstützt dabei, *„das Feld zu erschließen und die relevanten Personen eines Feldes ausfindig zu machen“* (vgl. ebenda). In die Untersuchung wurden insgesamt sieben Pflegefamilien einbezogen. Die Anzahl der Pflegefamilien wurde festgelegt, da davon ausgegangen werden konnte, dass für das forschungsleitende Interesse und die Zielsetzung der Arbeit eine ausreichende Anzahl an unterschiedlichen Aussagen und auswertbaren Ergebnissen vorliegen wird. Beim Führen von qualitativen Interviews, wie sie von Anfang an angestrebt wurden, ist nicht eine große Anzahl durchgeführter Gespräche von Bedeutung. Entscheidender ist es, einige typische Fälle systematisch auszuwählen.

Insgesamt wurden sieben leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Drei der sieben Pflegefamilien berichteten im Verlauf des Interviews von zwei Pflegekindern, so dass insgesamt Daten zu zehn Pflegekindern erhoben werden konnten. Von besonderer Bedeutung bei der Auswahl der Pflegefamilien war es, von ähnlichen Ausgangsbedingungen hinsichtlich der aktuellen Situation des Einzelnen ausgehen zu können. Deshalb sollten die ausgewählten Familien bereits über Erfahrungen in der Rolle als Pflegeeltern verfügen. Weiterhin sollten die potentiellen Interviewpartner aktuell mindestens ein Kind mit einer geistigen Behinderung in Dauerpflege haben. Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Auswahl der zu interviewenden Pflegefamilien war darüber hinaus die Bereitschaft, eigene biografischen Ereignisse und Erfahrungen im Interviewverlauf zu schildern. Eine wesentliche Intention bei der Gewinnung und Auswahl der Interviewpartner war es, möglichst vielfältige biografische Erfahrungen bei den Pflegefamilien zu explorieren. In der Befragung wurde angestrebt heraus zu finden, ob trotz verschiedener biografischer Erfahrungen und Empfindungen der

Pflegeeltern Deutungsschwerpunkte gegeben sind. Wenn diese tatsächlich vorhanden sind, galt es aufzuzeigen worin Ähnlichkeiten bestehen und Abweichungen liegen.

### **6.2.3 Die Durchführung der qualitativen Interviews**

Um Schwierigkeiten, die bei der Interviewführung durch die Fragestellung aufkommen können zu unterbinden, wurde ein Pretest mit einer Pflegemutter durchlaufen. Ein Pretest wird im Vorfeld durchgeführt, um im Rahmen der Interviewsituation die Verständlichkeit der Fragen zu überprüfen. Somit kann erprobt werden, inwieweit das Interesse und die Aufmerksamkeit des Befragten bei einzelnen Fragen und in der gesamten Interviewsituation erhalten werden kann und ob die Reihenfolge der Fragen sinnvoll erscheint. Unklarheiten bezogen auf den Interviewleitfaden, sowie Probleme des Interviewers können erkannt werden. Kontexteffekte, die in der Situation der Befragung entstehen können, rücken dabei in den Fokus. Weiterhin kann die Zeitdauer der Befragung in der Situation des Pretests erprobt werden. (vgl. Converse & Presser 1986) Ein Vorteil bei der Durchführung des Pretests war es, dass der Leitfaden nochmals modifiziert werden konnte. Pretest werden in der empirischen Sozialforschung als Voraussetzung zur Vorbereitung einer Studie bezeichnet (vgl. Porst 1985/ Prüfer & Rexrodt 1996).

Der erste Kontakt zu den Pflegefamilien wurde entweder telefonisch oder über einen E-Mail Kontakt hergestellt. Sowohl bei den Telefonaten, als auch in den Anfragen per E-Mail wurde das übergeordnete Ziel der wissenschaftlichen Arbeit erläutert. Es wurde der Ablauf des geplanten Interviews besprochen. Weiterhin wurden Rahmenbedingungen wie Dauer, Uhrzeit und Ort gemeinsam erörtert. In der Folge haben die Interviews auf Wunsch der Pflegefamilien ausschließlich in den privaten Räumen der Familien stattgefunden. Der Zugang zum Forschungsfeld erwies sich damit als relativ einfach. Im Vorfeld wurde den Interviewpartnern auch die Möglichkeit eines Gespräches an einem neutralen Ort angeboten. Die Auswahl eines geeigneten Ortes zum Führen der Interviews habe ich grundsätzlich meinen Gesprächspartnern überlassen. Begründet war dies vor allem auch mit der

häuslichen Betreuungssituation in den Pflegefamilien. Rückblickend betrachtet, haben sich diese Orte generell als günstig erwiesen. Alle Interviews wurden zwischen Dezember 2013 und Mai 2015 durchgeführt. Die Gespräche dauerten je zwischen 70 und 100 Minuten. Involviert waren Pflegefamilien, die zum Zeitpunkt der Interviewführung in Niedersachsen lebten.

Die Einleitungsphase begann mit einer kurzen persönlichen Vorstellung der Interviewerin. Weiterhin wurden Beweggründe zum Durchführen des Interviews, sowie organisatorische Informationen erörtert. Der genaue Wortlaut hierzu befindet sich im Anhang dieser Arbeit (Anhang III).

Für die Dokumentation der Interviews wurde ein digitales Diktiergerät (Philips DVT 3500) verwendet. Den Interviewpartnern wurde mitgeteilt, dass die Interviews mit einem Aufnahmegerät dokumentiert werden und später den genauen Gesprächsverlauf nachvollziehen lassen. Um mögliche Unsicherheiten der Befragten vor dem Aufnahmegerät reduzieren zu können, wurde dessen Funktion zu Beginn kurz erläutert. Zur Dokumentation des Gesprächsverlaufes mit dem Aufnahmegerät wurde das Einverständnis der Befragten eingeholt. Im Rahmen des Datenschutzes wurde eine schriftliche Vereinbarung zur Gewährleistung des Datenschutzes vorbereitet, erläutert und jeweils vor dem Interview vom Gesprächspartner unterzeichnet. Der genaue Wortlaut befindet sich im Anhang der Arbeit (Anhang IV).

Im Gespräch wurde zugesichert, dass das Aufnahmeprotokoll nach den geltenden Datenschutzgesetzen behandelt wird und keine personenbezogenen Daten weitergegeben oder veröffentlicht werden. Zudem wurde versichert, dass alle Angaben aus denen Rückschlüsse auf die Person gezogen werden können, schon im Rahmen der Transkription des Interviews anonymisiert und auch bei der Wiedergabe im Rahmen der wissenschaftlichen Arbeit anonym behandelt.

Zu Beginn der Interviews wurde eine erzählgenerierende Frage gestellt, die ihren Ursprung im narrativen Interview hat. *„Der Befragte wird aufgefordert, sich an einen bestimmten Zeitpunkt seiner Biographie oder an eine spezifische Lebens-thematik zu erinnern und dann anhand eines selbstgewählten Erzählstrangs diese*

*Thematik zu entfalten“.* (Friebertshäuser 1997, S. 387) Während dieser Erzählphase wird der Interviewpartner nicht unterbrochen. Nachfragen zu bestimmten Teilaspekten werden erst in der anschließenden Rückgriffphase gestellt. Im Interviewverlauf wurden schließlich die Fragen des Leitfadens eingebracht.

Die Durchführung von leitfadengestützten Interviews richtet deshalb insgesamt hohe Anforderungen an die Forschenden, denn diese brauchen ein hohes Maß an Flexibilität, an Sensibilität für den Verlauf des Gesprächs sowie die Fähigkeit, an der richtigen Stelle und zum richtigen Zeitpunkt nachzufragen, um weitere wichtige Detailinformationen zu bekommen (vgl. Friebertshäuser 1997, S. 380). Weiterhin gilt: *„Nachfragen und Zurückspiegelungen des Gesagten, auch durch Verständnisfragen, Interpretationen oder Konfrontationen mit Widersprüchen und Ungereimtheiten sind bei dieser Interviewtechnik erlaubt, allerdings sind eine gute Gedächtnisatmosphäre, die prinzipielle Anerkennung des Befragten, sowie das deutlich inhaltliche Interesse des Forschenden/Interviewenden dabei fundamentale Voraussetzungen“* (ebenda, S. 380).

Der Verlauf eines leitfadengestützten Interviews und die Antworten im Rahmen des Interviewverlaufes werden immer von den jeweiligen situativen Gegebenheiten beeinflusst. *„Die Antwort ist daher nicht allein die Konsequenz kognitiver Prozesse, sondern auch die Reaktion auf die allgemeine soziale Situation und die spezifische im Interview“* (Kromey 1998, S. 155ff). Weitere Einflüsse auf die Ergebnisse stellen demnach das Alter, das Geschlecht oder nicht sichtbare Merkmale wie beispielsweise Bildung, Einstellung zum Thema oder Schichtzugehörigkeit dar.

Für die Durchführung eines Interviews nennt Wittkowski (1994) vier allgemeine Regeln: Zum einen, die *„Erzeugung einer Gesprächsatmosphäre, in der der Befragte sicher sein kann, sich unbefangen äußern zu können, ohne Bewertung oder Kritik befürchten zu müssen“*. Weiterhin ein *„offenes Interesse am Gesprächsthema und am Gesprächspartner“*. Die *„Wahrung einer Mindestdistanz zum Gesprächspartner, damit der Charakter des Forschungsinterviews unterstrichen wird“* und das *„Wissen um die Gefahr, die eigenen Einstellungen zur eigenen Forschungsaufgabe, zum*

*Gegenstand des Interviews zu machen - und die eigene Bemühung, das zu neutralisieren“* (Wittkowski 1994, S. 37).

Für den Interviewverlauf wurde folgende Gliederung gewählt: Zuerst werden einige Fragen zum persönlichen Profil der Befragten gestellt. Anschließend folgen Fragen zum Pflegekind und zur Pflegefamilie. Im Weiteren geht es um Motive und Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes in die Familie. Dann folgen Fragen zur Elternschaft und zum Abschluss Fragen zum persönlichen emotionalen Erleben der Pflegeeltern.

#### **6.2.4 Die Datenaufbereitung und Transkription**

Im Rahmen der Aufbereitung des Materials wurde vorhandenes Material, wie die Interviewmitschnitte, Notizen und Protokolle geordnet. Für die weitere Verarbeitung musste das gesamte Tonmaterial in eine schriftliche Form gebracht werden. Für die vorliegende Studie wurde das Verfahren der wörtlichen Transkription gewählt. *„Durch wörtliche Transkription wird eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet.“* (Mayring 2002, S. 89) Die Abschrift erfolgte dabei für jedes einzelne Interview in ein Word-Dokument. Es erfolgte weiterhin eine Zeilennummerierung, um zu einem späteren Zeitpunkt genaue Quellenangaben in der Ergebnisdarstellung machen zu können.

*„Die Auswertung nimmt bereits bei der Transkription ihren Anfang. Dabei werden Felddaten, die als Audiomittschnitte (...) vorliegen, verschriftlicht und damit verdichtet.“* (Fuhs 2007, S. 84) Jede Transkription stellt somit bereits eine Übersetzung und einer erste Interpretation der Daten dar. Die Transkription stellt damit einen notwendigen Zwischenschritt zwischen der Aufzeichnung der Daten und ihrer Interpretation da, wobei es keinen allgemeingültigen Standard über die Form der Transkription gibt. Wichtig ist das Verhältnis der Fragestellung und des Ertrags der Forschung. (vgl. ebenda, S. 84)

Entsprechend der Fragestellung wurde im Vorfeld festgelegt, was transkribiert werden soll und welche Transkriptionsregeln zu Grunde liegen sollen. In diesem

Fall wurde eine wörtliche Übertragung in das normale Schriftdeutsch umgesetzt. Der gesprochene Stil wurde nur minimal schriftlich „geglättet“; umgangssprachliche Wendungen, Füllwörter, unvollständige Sätze und „verschluckte“ Silben wurden beibehalten.

Im Transkript wurde nicht nur der Text des Interviews abgebildet, er *„informiert auch über prägnante Merkmale des Gesprächsverlaufes (z.B. Pausen, Lachen, etc.), die für die spätere Interpretation von Bedeutung sein können“*. (Bortz & Döring 2015, S. 312) Weiterhin wurden Kontextdaten über die Gesprächssituation, wie längere Pausen und Störungen in die Transkription eingefügt. (vgl. Fuhs 2007, S. 84) In Bezug auf die Textgestaltung wurde beim Abfassen der Transkripte auf die konsequente Umsetzung einiger Regeln geachtet, wie unter anderem die Kennzeichnung der einzelnen Sprecher durch Großbuchstaben (I: die für Interviewerin; B: für die/den Befragte/n) und das Durchnummerieren des gesamten Textes zeilenweise und seitenweise. Die vollständigen Transkriptionsregeln befinden sich im Anhang der Arbeit (Anhang VI).

Das transkribierte Datenmaterial ist die Basis für die Auswertung der Ergebnisse. Alle transkribierten Interviews befinden sich im Anhang der Arbeit (Anhang VII).

#### **6.2.5 Durchführung der Datenauswertung**

Bei der Auswertung leitfadengestützter Interviews ist es möglich, auf computergestützte Analyseverfahren zurückzugreifen. Damit kann auch eine größere Anzahl von Interviews strukturiert und analysiert werden (vgl. Friebertshäuser 1997, S. 375). Da die Datenmenge gut handhabbar war, wurde bei dieser Arbeit auf die Verwendung eines computergestützten Analyseverfahrens verzichtet. Der eigentlichen Auswertung ging eine intensive Auseinandersetzung mit dem Material in mehreren Durchgängen voraus. Die Phase des ersten Bearbeitungsdurchganges diente dem Einstieg und dem Auffrischen der Informationen. Im zweiten Durchgang wurde alles, was im Hinblick auf die zu erforschende Frage relevant erschien, markiert. Im dritten Durchgang wurden die

markierten Stellen in ihrer Bedeutung auf die Grundannahmen überprüft, gegebenenfalls gestrichen oder erweitert.

Die Datenauswertung erfolgt, wie bereits beschrieben, orientiert am Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Eine mögliche Grundform des Interpretierens ist demnach für Mayring die Zusammenfassung: *„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Korpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“* (Mayring 2003, S. 58)

Ein wesentlicher Schritt der Vorbereitung der Zusammenfassung ist die Definition von Kodiereinheiten und Kontexteinheiten. Eine Kodiereinheit wird dabei als der kleinste Textbestandteil verstanden, der einer zu erstellenden Kategorie zugeordnet werden kann. Eine Kodiereinheit ist demnach jede Aussage, jeder Satz des Befragten zum im Interesse stehenden Sachverhalt. Der größte Textbestandteil wird als Kontexteinheit verstanden und umfasst *„alle Fundstellen innerhalb eines Interviews“* (ebenda, S. 58). Der gesamte Ablauf der einzelnen Auswertungsschritte wird für eine bessere Nachvollziehbarkeit des Ablaufs in Auswertungstabellen im Anhang dokumentiert (Anhang VIII).

#### **6.2.6 Methodenreflexion**

Da die Kriterien Validität, Reliabilität und Objektivität nur bedingt auf qualitative Forschung übertragbar sind, erfolgt die Methodenreflexion nicht anhand dieser Kriterien. Die qualitative Forschung ist charakterisiert durch eine Erkenntnislogik der Induktion. Hierbei folgt sie der Sammlung und Auswertung von empirischen Daten bis zu einer folgenden Theorienbildung. In der Folge sollen Hypothesen und Theorien auf der Basis der empirischen Daten generiert werden. Diese Daten der Induktion dienen folglich einer eigenen Theoriebildung. Bei einer Anzahl von 7 durchgeführten Interviews lässt sich eine eigene Theoriebildung nicht vollziehen. Die Empirische Untersuchung hat explorativen Charakter.



Steinke (1999) spricht in diesem Zusammenhang von einer „*Theorieentdeckung*“, die sich dennoch vollziehen kann. Der Begriff der „*Theorieentdeckung*“ lässt sich nach Steinke (1999) als das Entdecken neuer Aspekte eines Untersuchungsgegenstandes definieren und nicht alleinig als das Überprüfen einer Theorie. Die für eine Auswertung gewählte induktive Kategorienbildung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ermöglicht dabei zwei methodische Bedingungen. Zum einen werden aufgrund der induktiven Herangehensweise Auswertungs-aspekte nah am Material und deskriptiv aus dem Text heraus entwickelt. Zum anderen sichert die zusammenfassende Inhaltsanalyse systematisch ein kontrollierbares Textauswertungsverfahren (vgl. Mayring & Gläser-Zikuda 2008, S. 10f.). Hieraus resultiert ein wesentliches Kriterium qualitativer Forschung, die intersubjektive Nachvollziehbarkeit.

Die vorliegende Arbeit wurde dem Anspruch der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit als Gütekriterium durch eine ausführliche Dokumentation gerecht. Auch in den folgenden Kapiteln wird die durchgeführte Untersuchung nachvollziehbar Schritt für Schritt dargestellt. Weiterhin werden die gewonnenen Ergebnisse dargestellt und bewertet. Aus diesem Grund werden am Anfang der vorliegenden Arbeit theoretische Erkenntnisse dargelegt. Weiterhin wird die Erhebungsmethode in ihrem Kontext dargestellt, es werden Transkriptionsregeln beschrieben sowie die Auswertungsmethode begründet. Die in Kapitel 6 folgenden Einzelanalysen lassen den Kontext der Interviewteilnehmerinnen einbeziehen, sie machen die jeweilige Interviewsituation subjektiv einschätzbarer. Weiterhin lassen sich Fehlerquellen durch Störungen und Besonderheiten abschätzen und auch sichtbar machen.

## 7 Analyse des Datenmaterials

Im Folgenden sollen die Schritte der Auswertungsmethode exemplarisch dargestellt werden. Dabei wurden einzelne Aussagen aus einem Interview vereinfacht als Paraphrasen dargestellt, generalisiert und in einem abschließenden Schritt reduziert. Im Anschluss erfolgt die Analyse des Datenmaterials. Zum einen erfolgt im Rahmen der Analyse des Datenmaterials eine Darstellung der einzelnen Interviews in Form einer Einzelanalyse. Weiterhin wird der Ablauf in Form von Zusammenfassungsmasken dokumentiert.

Dabei sind die Zusammenfassungsmasken jeweils den Interviews zugeordnet. In der folgenden Abbildung (Abb. 19) wurde beispielhaft eine Zusammenfassungsmaske dargestellt. Alle weiteren Zusammenfassungsmasken befinden sich im Anhang dieser Arbeit (Anhang VIII).

<b>Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme</b> (Pflegetochter)					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	67	<i>„Bei ihr wusste ich das ja, weil ich mich ja genau dafür beworben hatte.“</i>	PM wusste das das PK eine Behinderung hat PM hat sich um ein behindertes Kind beworben	PM wusste um Behinderung <del>PM hat sich um</del> behindertes Kind beworben	zum Zeitpunkt der Aufnahme wusste PM um die Behinderung, da sie sich darum beworben hatte und Einsicht in alle Akten hatte
A	91 bis 92	<i>„Also, ich hatte Einsicht in alle Krankenakten und ich wusste, dass das ein schwerstmehrfach behindertes Kind ist.“</i>	PM hatte Einsicht in alle Krankenakten PM wusste, dass das PK behindert ist	PM hatte Einsicht in Krankenakten <del>und wusste um die</del> Behinderung des PK	

**Abbildung 19 Exemplarische Darstellung einer Zusammenfassungsmaske (eigene Darstellung)** <sup>37</sup>

Im nun folgenden Kapitel durchlaufen die durch die erste qualitative Technik nach Mayring ausgewerteten Interviews jeweils einer Einzelanalyse. Zu Beginn wird in Kapitel 7.1 das Ausgangsmaterial in Bezug auf die Festlegung des Materials, die Analyse der Entstehungssituation und wesentliche formale Charakteristika des

<sup>37</sup> Die Legende zur Zusammenfassungsmaske befindet sich in Anlage VIII.

Materials bestimmt. Die vorliegenden Einzelanalysen werden durch Aussagen der befragten Pflegemütter aus den einzelnen Interviewtranskripten ergänzt. Zur besseren Unterscheidbarkeit und eindeutigen Kennzeichnung werden diese Aussagen aus den Interviews kursiv geschrieben und in Anführungszeichen gesetzt. Die Zuordnung der einzelnen Textpassagen in Form von Zeilenangaben erfolgt innerhalb der Zusammenfassungsmasken im Anhang dieser Arbeit.

Auf der Ebene des Einzelfalls erfolgen ab Kapitel 7.2 Einzelanalysen der sieben interviewten Pflegefamilien. Die Einzelanalysen durchlaufen je eine für alle Einzelanalysen festgelegte Struktur, die im zweiten Schritt die Ergebnisdarstellung in Bezug auf eine Vergleichbarkeit vereinfachen soll. Strukturell durchläuft jede Einzelanalyse die folgenden Schritte: Entstehungszusammenhang des Interviews, die meint Ort, Umstände, anwesende Personen, Interviewsituation und Interviewdynamik; Memo zur Gesprächspartnerin, der Familiensituation, dem Pflegekind und eine Beschreibung der Behinderung aus Elternsicht. Diese werden jeweils am Anfang beschreibend dargestellt. Zu ihnen erfolgt keine zusammenfassende Inhaltsanalyse. Sie dienen lediglich zur Schaffung eines informierenden Überblickes.

Abgeleitet aus den theoriegeleiteten Vorüberlegungen zum Interviewleitfaden wurden weiterhin Auswahlkriterien bestimmt. Diese Kriterien umfassen (1) die Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes; (2) die Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme; (3) Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben; (4) die Elternschaft – das Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ und (5) die Bindung zum Pflegekind. Anhand dieser Kriterien sind die ab Kapitel 7.2 folgenden Einzelanalysen strukturiert. Außerdem erfolgt hierzu die zusammenfassende Inhaltsanalyse, welche in Form der Zusammenfassungsmasken im Anhang nachvollziehbar sind (Anhang VIII).

## **7.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials**

Zu Beginn erfolgt die Festlegung des Materials. Es handelt sich um sieben Interviews mit dafür ausgewählten Teilnehmerinnen. Alle Interviewpartnerinnen sind zum Zeitpunkt des Interviews Pflegemütter und haben mindestens ein Pflegekind mit geistiger Behinderung in Vollzeitpflege. Alle Interviews wurden transkribiert und vollständig für die Analyse übernommen. Die Anzahl der Interviews kann nicht als repräsentativ gelten. Im Vordergrund steht die Anschaulichkeit des Materials mit einem explorativen Charakter. Die Interviews wurden mit sieben Pflegemüttern geführt, die im gesamten Verlauf anonymisiert mit Frau A., Frau B., Frau C., Frau D., Frau E., Frau F. und Frau G. und darüber hinaus als Familien mit Familie A., Familie B., Familie C., Familie D., Familie E., Familie F. und Familie G. dargestellt werden. Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner ging es von Anfang an sehr bewusst um eine homogene Gruppe in Bezug auf die Pflegeelternschaft und in Bezug auf das Merkmal „geistige Behinderung“ bezogen auf die Pflegekinder. Schon im Rahmen der Akquise der Interviewpartner und auch im weiteren Verlauf stellte sich heraus, dass alle Interviews mit Pflegemüttern geführt wurden. Dies war nicht explizit angedacht, entwickelte sich im Verlauf jedoch so und folgt einem pragmatischen Ansatz. Alle befragten Pflegefamilien lebten zum Zeitpunkt der Befragung überwiegend im ländlichen Raum im Land Niedersachsen.

Es folgt eine Analyse der Entstehungssituation. Grundsätzlich erfolgte die Teilnahme an den Interviews freiwillig. Wie bereits beschrieben, wurden Kontakte über ein Schneeballverfahren hergestellt. Nach einer Vorauswahl erfolgte jeweils eine direkte Kontaktaufnahme zu den Gesprächspartnerinnen auf telefonischem Wege. Die Örtlichkeit des Interviews wurde im gemeinsamen Gespräch festgelegt und fiel in allen Fällen ausnahmslos auf den Bereich der eigenen Häuslichkeiten der Interviewpartnerinnen.

Ein wesentliches formales Charakteristikum des Materials ist, wie bereits in Kapitel 5.2.3 beschrieben, dass alle Interviews mit einem digitalen Diktiergerät (Philips DVT 3500) dokumentiert und mit Hilfe von Transkriptionsregeln (Anhang VI) schriftlich festgehalten wurden.

## 7.2 Einzelanalyse Familie A.

### ***Entstehungszusammenhang des Interviews (Ort, Umstände, anwesende Personen, Interviewsituation und Interviewdynamik)***

Das Interview wurde im Wohnzimmer der Familie geführt. Die Gesprächsatmosphäre war von Anfang an sehr offen und herzlich. Frau A. äußerte, sehr gespannt auf das Gespräch zu sein und berichtete sehr gerne. Die Pflege Tochter, die hin und wieder lauterte, war während des gesamten Gespräches im Wohnbereich anwesend; der Pflegesohn kam kurz vor dem Ende des Gesprächs nach Hause und hielt sich im Nebenraum auf. Der gesamte Gesprächsverlauf wurde jedoch nicht beeinflusst. Es gab einige kurze Unterbrechungen durch Telefonklingeln und Klingeln an der Tür.

### ***Memo zur Gesprächspartnerin, Familiensituation, Pflegekind***

Frau A. ist bereits eine sehr erfahrene Pflegemutter, die schon vor 20 Jahren das erste Pflegekind aufnahm und viele weitere Pflegekinder in Kurzzeitpflege hatte. Sie hat zwei leibliche Kinder (22 Jahre und 12 Jahre). Bei Frau A. leben neben dem 12jährigen Sohn derzeit der 16jährige Pflegesohn und die 5jährige Pflege Tochter. Als Frau A. ihren Pflegesohn aufgenommen hat, war dieser 7 Wochen alt. Frau A. selbst war 32 Jahre alt und alleinerziehend. Als Frau A. ihre Pflege Tochter aufgenommen hat, war diese 6 Monate alt. Frau A. selbst war 43 Jahre, ihr damaliger Partner 45 Jahre. Heute ist Frau A. wieder alleinerziehend. Familie A. lebt in einem Einfamilienhaus am Stadtrand einer Kleinstadt.

### ***Beschreibung der Behinderung aus Elternsicht (Pflegesohn)***

*Die Behinderung ihres Pflegesohnes<sup>38</sup> beschreibt Frau A. wie folgt: „Das was man gefunden hat ist eine Dandy-Walker-Zyste, also eine Missbildung im Kleinhirn, weswegen er eben Koordinationsprobleme hat. Er ist Epileptiker und das kann mit dieser Dandy-Walker-Geschichte eben zusammen hängen, wird es wohl auch. Dann ist er hyperaktiv, dann ist er schwer autistisch. Die Frontlappen-Epilepsie bringt*

---

<sup>38</sup> Leben zwei Pflegekinder in einer Pflegefamilie so erfolgt die Beschreibung zu den Auswahlkriterien zweifach und damit jeweils individuell auf das Pflegekind bezogen. Hierzu erfolgt in Klammern für eine bessere Zuordnung beispielsweise die Ergänzung (Pflege Tochter).

*Aggressionen mit sich, die er so nicht steuern kann, ja. Er hat eine Essstörung. Keine Geschmacksnerven, kein Sättigungsgefühl. Pflegestufe 3. Also er muss ständig beaufsichtigt werden. Er kann laufen. Er wird auch konsequent gewickelt. Ein Wortschatz von eigentlich zwanzig, dreißig Worten. Er kann ein bisschen was verstehen, so wenn ich einfach mit ihm rede.“*

***Beschreibung der Behinderung aus Elternsicht (Pflegetochter)***

*Die Behinderung ihrer Pflegetochter beschreibt Frau A. wie folgt: „Also ich hatte Einsicht in alle Krankenakten und wusste, dass das ein schwerstmehrfach behindertes Kind ist. Das war dadurch, dass ihre Behinderung durch Verletzungen entstanden ist und kein Genfehler ist. Also, sie ist gesund zur Welt gekommen, wurde misshandelt von den Eltern. Also geschüttelt und geschlagen, beim Schütteln aufgeschlagen und Behinderungen die von Verletzungen gekommen sind, sind natürlich schwierig vorauszusagen. (...) Bei ihr ist es so, dass sie viele Knochenbrüche hatte. Unter anderem auch den Kopf doppelt gebrochen hatte. Und durch das Schütteltrauma hat sich das Gehirnwasser an vielen Stellen aufgestaut, also ballonartig aufgebläht. (...) Dadurch hat sie einen erheblichen Gehirnverlust. (...) Sie hat elf Kopf-OP's hinter sich und jetzt ein Drainage-System im Kopf, also einen Shunt mit Ventil (...).“*

**(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung (Pflegesohn)**

*Zur Aufnahme ihres Pflegesohnes wurde Frau A. vom Jugendamt motiviert: „Da hat mich das Jugendamt gefragt, ob ich noch ein weiteres Kind in Kurzzeitpflege aufnehmen könnte. (...) Und da habe ich ja dazu gesagt, weil mir das so einen Spaß gemacht hat. Also zu Hause zu sein, zu Hause zu arbeiten. Diese Mischung aus Familie und Beruf, das fand ich total toll.“*

**(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung (Pflegetochter)**

*Die Motivation, ihre Pflegetochter aufzunehmen und die Entscheidung fiel bei Frau A. ganz bewusst. „(...) und das ich das noch einmal wollte. Ich wollte noch einmal einem behinderten Kind ein zu Hause geben und hatte mich dann speziell für*

*ein schwerbehindertes Kind beworben.“ Und weiter: „Aber dieses Familiäre, zu Hause sein, Interesse an Erziehung, an Sozialarbeit und diese Kinder zu fördern. Mir hat es alles sehr viel Spaß gemacht und dieses Hintergrundwissen, dass ich mir dann auch aneignen musste, diese Kreise in denen ich dann auf einmal unterwegs war. (...) Und das hat mir so gefallen.“*

## **(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme**

*(Pflegesohn)*

Bei ihrem Pflegesohn wusste Frau A. zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht, dass er eine Behinderung hat. *„Bei ihm wusste ich das überhaupt nicht. Das war ein sieben Monate alter Säugling und das wusste auch kein anderer, das hat einfach keiner geahnt, obwohl die Eltern auch leicht geistig behindert sind. Das hätte man erahnen können. (...) Und von daher wusste ich gar nichts und brauchte auch gar nicht so viel wissen, weil es ja eigentlich ein Kurzzeitpflegekind war.“* Und weiter: *„Das kam dann erst mit der Zeit heraus, dass da eine schwere Behinderung vorlag.“*

## **(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme**

*(Pflegetochter)*

Bei der Pflegetochter wusste Frau A.: *„Bei ihr wusste ich das ja, weil ich mich ja genau dafür beworben hatte.“* Und weiter: *„Also, ich hatte Einsicht in alle Krankenakten und ich wusste, dass das ein schwerstmehrfach behindertes Kind ist.“*

## **(3) Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben:**

*(Pflegesohn)*

In Bezug auf ihren Pflegesohn antwortet Frau A.: *„Ähm, nein, ich habe das so ein bisschen als Rettung für ihn gesehen, auch wenn sich das vielleicht doof anhört, aber ich glaube das die leibliche Mutter mit einem gesunden Kind vielleicht noch so gerade eben zurecht gekommen wäre. Und von daher, aber auch so mehr schlecht als recht. Und von daher kann man vielleicht sagen, das ist ein Glück für ihn, so gewesen zu sein. (...) Und das war total interessant. Also, ihn zu begreifen, in allen Bereichen. Auch die Ablehnung, die so von der Bevölkerung kommt. Die Hilfe, die Unterstützung, die kommt. Die Ärzte, das Umfeld, was ich da kennengelernt habe. Ja, das war ein ganz anderes Leben auf einmal. Das war plötzlich nicht einfach nur*

*Tupperparties, sondern das Physiotherapie. Also, ich fand das toll. Ich fand das so toll, dass mich das wirklich motiviert hat (...). Also, das war das, wo ich mich beruflich und familiär noch ausleben konnte. Und das ist alles nur passiert, weil er mir ins Haus geschneit ist, ja.“*

**(3) Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben:**  
(Pflegetochter)

Hierzu macht Frau A. im Rahmen des Interviews keine Aussagen.

**(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegesohn)**

Auf die Frage nach den mütterlichen Gefühlen für ihren Pflegesohn, der anfangs in Kurzzeitpflege bei ihr lebte, antwortet Frau A.: *„Ja (...), ja. (...) ich habe sie versucht, so unter Vorbehalt zu halten. (...) Das war so ein hin und her. Dieses loslassen müssen und dann ist wieder was schief gegangen und dann konnte ich ihn wieder so lieb haben, wie eine Mutter ein Kind lieb hat.“* Aufgrund der weiteren Kinder in der Familie, gab es immer das Wort Mama. (...) also Mama sagt er bis heute nicht. Er sagt manchmal so ein ‚ama‘, das sagt er zu seiner leiblichen Mutter genauso, wie zu mir. Also, es war immer auch schon so eine doppelte Mutterschaft für mich. Schon die leiblichen Mütter mit ins Boot holen. Ja, und die Mutterrolle zu leben, die Muttergefühle zu haben. Ja, aber ich bin Pflegemutter (...).“

**(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegetochter)**

Auf die Frage nach den mütterlichen Gefühlen für ihre Pflegetochter, antwortet Frau A.: *„(...) für mich stand die ganze Zeit fest, das ist mein Kind“.* Und weiter: *„Also ich habe mich in sie unglaublich schnell verliebt. Das war glaube ich, dadurch das schon vorher eine sehr gute Abklärung war, das ist ein Dauerpflegekind (...)“.*

**(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegesohn)**

Auf die Frage, welche Bindung Frau A. zu ihrem Pflegesohn hat, antwortet sie: *„(...) die ist sehr eng. Also, die ist sehr eng, weil einfach die meisten Leute ihn nicht haben wollen. (...) Ja, ich kann jeden verstehen, der ihn nicht haben will, der ihn nicht mag. Das konfrontiert mich durch die Jahre immer wieder. Und trotzdem finde ich ihn toll. Also, ich liebe dieses Kind, und er ist so wie er ist. Und gegenseitig ist das auch so.“*



*Also er und ich haben eine sehr intensive Bindung. Also wir reden miteinander ohne Worte“.*

**(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegetochter)**

Auf die Frage, welche Bindung Frau A. zu ihrer Pflegetochter hat, antwortet sie:  
*(...) von Anfang an ist eine sehr liebevolle und sichere Bindung entstanden. Wobei zu dem Zeitpunkt natürlich noch zu überlegen war, ob sie überhaupt bindungsfähig ist, ob sie überhaupt Urvertrauen wiederfindet“.*

### 7.3 Einzelanalyse: Familie B.

#### ***Entstehungszusammenhang des Interviews (Ort, Umstände, anwesende Personen, Interviewsituation und Interviewdynamik)***

Das Interview wurde im Wohnbereich der Familie B. geführt. Die Gesprächsatmosphäre war sehr offen und herzlich. Frau B. war gespannt auf das Gespräch und freute sich über die Möglichkeit des Austausches. Die Pflege Tochter war während des gesamten Gespräches im Wohnbereich anwesend, spielte und forderte hin und wieder Aufmerksamkeit, bzw. saß bei Frau B. auf dem Schoß. Hin und wieder lautete sie. Zum Ende des Gespräches kamen der Sohn und der Mann von Frau B. nach Hause. Nach einer kurzen Begrüßung verfolgte der Ehemann das laufende Gespräch. Es gab einige kurze Unterbrechungen durch Telefonklingeln, die jedoch den Gesprächsverlauf nicht weiter beeinflussten.

#### ***Memo zur Gesprächspartnerin, Familiensituation, Pflegekind***

Frau B. und ihr Mann nahmen vor einem Jahr eine Pflege Tochter in die Familie. Zu diesem Zeitpunkt war Frau B. 38 Jahre alt, ihr Mann 39 Jahre alt. Der Sohn der Familie B. ist 5 Jahre alt. Er wurde bereits als Säugling adoptiert und hat das Down Syndrom. Als Familie B. ihre Pflege Tochter aufgenommen hat, war diese gerade ein Jahr geworden. Frau B. und Herr B. sind miteinander verheiratet. Sie leben sehr ländlich in einem Einfamilienhaus.

#### ***Beschreibung der Behinderung aus Elternsicht***

Familie B. wusste von Anfang an, dass ihre Pflege Tochter das Down-Syndrom hat. „Das sie das Down-Syndrom hat. Dass sie aber keine weiteren Herzfehler ecetera oder Ähnliches hat.“

#### **(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung**

Die Motivation, ihre Pflege Tochter aufzunehmen und die Entscheidung dazu fiel bei Familie B. ganz bewusst. Frau B. berichtet dazu: „Ja, eigentlich war das aus einem Gespräch heraus. Ja eigentlich von beiden. Wir haben immer überlegt, ein weiteres Kind und irgendwann war es dann klar.“ „(...) wie gesagt da hatten wir

*überlegt, auch ein behindertes Kind wieder aufzunehmen. Wieder mit Down Syndrom (...).“ „Aber für uns war es klar. In dem Moment war es einfach klar. Und wir hätten auch sonst keine Auswahl gehabt, hätten wir ein Kind bekommen können auf natürlichem Weg. Ja, und als dann unsere Pflege Tochter [.....] dann kam, dann war es dann sehr bewusst, dass wir gesagt haben ja bitte Down-Syndrom, bitte Trisomie 21. Einfach weil wir gesagt haben zum einen, dass kennen wir, wir wissen, was auf uns zukommt. Ähm, wir wissen gar nicht, ob wir den anderen Weg hätten gehen können, ohne Behinderung.“*

## **(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme**

*Familie B. wusste von Anfang an, dass ihre Pflege Tochter das Down-Syndrom hat, da sie sich bewusst für dieses Kind entschieden haben. Über die weitere Vorgeschichte ihres Pflege Kindes wussten sie im Vorfeld nichts: „Da wusste ich nur, da ist ein Kind mit Down-Syndrom. Und dann hatte ich mich halt gekümmert. Und daraufhin habe ich dann mehr erfahren. Dass sie halt in Obhut genommen wurde. Schon im Krankenhaus. Dass sie in einer Bereitschaftspflege ist. Dass sie das Down-Syndrom hat. Dass sie aber keine weiteren Herzfehler ecetera oder ähnliches hat. Diese Sachen sind mir dann direkt mitgeteilt wurden. Direkt beim ersten Gespräch. Noch bevor wir die Kleine gesehen haben. Und bevor wir auch ein Foto gesehen haben. Das war alles schon vorher klar.“*

## **(3) Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben**

*Hierzu antwortet Frau B. anfangs zögerlich und kommentiert „Schwierige Frage.“ Dann macht sie deutlich, dass sie dabei auch an ihren großen Sohn denken muss. Dann antwortet sie „Im Grund genommen, nein. Es war einfach ein Baby, was in die Familie kommt.“ und weiter „(...) ich sehe immer erst, das ist mein Kind. Und nicht, erst ist die Behinderung. Obwohl die natürlich immer im Kopf ist, weil man sich immer darum kümmern muss. Aber nein, in erster Linie war es einfach nur das Baby.“*

## **(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“**

*Auf die Frage nach den mütterlichen Gefühlen für ihre Pflege Tochter, antwortet Frau B.: „Es war von Anfang an einfach alles gut. Es war von Anfang an absolut*

*unser Kind.“ Frau B. berichtet von einem Beispiel: „Wir haben im Bekanntenkreis zum Beispiel Einen, der sagte oh Gott, wie kann man überhaupt ein angenommenes Kind, egal ob Adoptivkind oder Pflegekind so lieben. Ich sage dann immer ja, Liebe ist nicht messbar. Und wenn es so wäre dann vielleicht sogar mehr. Weil man weiß, dass es so etwas Besonderes ist, das man es bekommen hat.“ Im Gespräch verstärkt Frau B. immer wieder „Ja, ne es war absolut von Anfang an, bei mir bestimmt noch mehr als bei meinem Mann. Bei meinem Mann glaube ich, dass das erst noch ein bisschen wachsen musste. Aber bei mir war es vom ersten Moment an da.“ Und weiter: „Ja, es ist natürlich mehr geworden. Aber es war von Anfang an da.“*

#### **(5) Bindung zum Pflegekind**

Auf die Frage, welche Bindung Frau B. zu ihrer Pflegetochter hat, antwortet sie: *„Ganz eng. Wirklich ganz eng.“* und *„Ich konnte sie sofort auf den Arm nehmen und wir waren alle ganz überrascht, ich vor allem auch, dass es einfach passte.“* Im weiteren Gesprächsverlauf ergänzt Frau B.: *„Ja, ja. Selbst nach diesem Jahr ist es noch nicht so, dass ich sie bei anderen Erwachsenen allein lassen kann. Weil sie wirklich mich noch braucht. Das kann sie noch nicht.“*

## 7.4 Einzelanalyse Familie C.

### ***Entstehungszusammenhang des Interviews (Ort, Umstände, anwesende Personen, Interviewsituation und Interviewdynamik)***

Das Interview wurde im Wohnzimmer der Familie geführt. Die Gesprächspartnerin Frau C. war anfangs etwas zurückhaltend und die Gesprächsatmosphäre dadurch etwas stockend. Im Verlauf des Gespräches öffnete sich Frau C. zunehmend und erzählte dann sehr zugewandt und auch detailliert. Frau C. war sichtlich bemüht, auch kleinste Details aus der Vergangenheit zu erinnern und im Gespräch wiederzugeben. Im Gesprächsverlauf gab es keine Störungen.

### ***Memo zur Gesprächspartnerin, Familiensituation, Pflegekind***

Frau C. lebt mit ihrem Ehemann und zwei leiblichen Töchtern (15 und 18 Jahre) in einem Einfamilienhaus in ländlicher Stadtrandlage. Vor der Aufnahme ihres jetzigen Pflegekindes, lebte bereits ein anderes Pflegekind für knapp zwei Jahre bei ihnen. Aufgrund der Schwere der vorliegenden Behinderung und den damit verbundenen Pflegeanforderungen hat die Familie die Pflegschaft damals beendet. Bei der Aufnahme der Pflege Tochter war Frau C. 40 Jahre alt und ihr Mann 42 Jahre alt. Die Pflege Tochter war zu diesem Zeitpunkt ein Jahr alt. Zum Gesprächszeitpunkt lebt das Mädchen bereits 6 Jahre in der Familie.

### ***Beschreibung der Behinderung aus Elternsicht***

Die Behinderung ihrer Pflege Tochter beschreibt Frau C. wie folgt: „ (...) ja und das mit der geistigen Behinderung, das war am Anfang auch nicht so offensichtlich. Das war am Anfang halt eine Entwicklungsverzögerung. Bei einem kleinen Baby von einem Jahr tun sich die Ärzte da ja auch schwer, überhaupt irgendwas zu diagnostizieren.“ Weiterhin erzählt Frau C. auf die Frage, wann die Behinderung offensichtlich wurde: „Ja, es war fließend. Letztendlich sind wir regelmäßig zur Behandlung gewesen. (...) Das es irgendwann dann wirklich hieß, ja es ist eine geistige Behinderung. Ja, es heißt nach wie vor noch Intelligenzminderung, übergeordnete Störung, Sprachentwicklungsstörung. (...) Und Koordinationsprobleme, das ist unterschiedlich. Orofaciale Dyspraxie und (...) Deprivation“.

### **(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger)**

#### **Behinderung**

Frau C. beschreibt, dass der Wunsch, ein Pflegekind aufzunehmen anfangs mehr von ihr ausging als von ihrem Mann und dass dieser mit einem weiteren Kinderwunsch verknüpft war. Die Motivation, ihre Pflegetochter aufzunehmen und die Entscheidung dazu erwachsen dann aber sowohl bei Frau C., als bei ihrem Mann sehr schnell gemeinsam: *„Also eigentlich haben wir gedacht, Mensch es geht uns gut. Also das, was so ganz viele sagen. Unserer Familie geht's gut. Wir fühlen uns wohl. Eigentlich könnte hier gut noch ein Kind mit leben.“* Weiterhin beschreibt Frau C.: *„Wir sind da relativ offen ran gegangen.“*

### **(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme**

Von ihrer Pflegetochter wusste Familie C. zum Zeitpunkt der Aufnahme wenig. Anfangs hieß es, auch von der Seite des Jugendamtes und einer Kinderärztin, dass eine Entwicklungsverzögerung vorläge. Frau C. berichtet über das Wissen einer Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme: *„Wenig (...) letztendlich war immer die Hoffnung, dass sie ein eigenständiges Leben führen kann. Ja, wie gesagt beim Einjährigen Kind, sie konnte nicht krabbeln, sie konnte nicht frei sitzen, sie hat nichts in den Mund gesteckt. (...) und ansonsten, ja, einen ganz flachen Hinterkopf hatte sie, also fast nach innen gedrückt. Vom auf dem Rücken liegen. Das war alles, was einem ins Auge sprang, ansonsten war da nichts weiter auffällig. Also, das man da hätte sagen können, das lässt sich auf eine Behinderung schließen.“* Und weiter: *„Wir wussten ja, (...) dass sie eben diese starken Verzögerungen hat, in der Motorik und dass sie mit ihrer Mutter in einer Einrichtung gelebt hat.“*

### **(3) Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben:**

Frau C. erzählt, in Bezug auf ihr emotionales Erleben, dass sie das Verhalten ihrer Pflegetochter anfangs beängstigend und auch unnatürlich empfand: *„dass (...) diese Zuwendung, die fehlte komplett, das war auch völlig deutlich. Ähm, dieser flache Kopf, das soll daher rühren, dass sie eben nur gelegen hat (...). Sie hatte keine Ansprache, keine Zuwendung. Ähm, ich denke auch, das ist meine Vermutung, dass so auf Weinen und so wenig reagiert wurde, weil sie das hier kaum gezeigt hat. Also*

wenn sie im Bett war, dann war still. Das war eigentlich beängstigend und unnatürlich.“ Des Weiteren erinnert sie sich: „Aber von ihr selbst kam ganz ganz wenig. Sie war ein ganz ganz stilles Kind (...).“ Auch war ihr und ihrem Mann von Anfang an bewusst: „Es war schon absehbar, dass es alles langsamer laufen wird. (...) also ich muss ganz ehrlich sagen am Anfang macht man es sich nicht wirklich bewusst, was das wirklich bedeutet. Man wächst da rein. Und ich denke, dadurch, dass sie so klein war, (...) sind wir auch wirklich ganz langsam da rein gewachsen.“

#### **(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“**

Auf die Frage nach den mütterlichen Gefühlen für ihre Pflege Tochter bestätigt Frau C.: „Ja, sehr schnell auf jeden Fall. Als sie hier bei uns war ja.“ Frau C. macht dies mehrfach auch mit dem in der Familie sein und angekommen sein fest. Im Gegensatz zu der Lebenssituation der Pflege Tochter vorher: „Also da (in der Mutter-Kind-Einrichtung), da war eher Mitleid. Wie gesagt, das Ganze, wenn man sie gesehen hat. Der Raum und dieses Würmchen darin und alles so grau in grau und traurig und trostlos. Aber hier bei uns war das ganz schnell. Also, sie hat ganz schnell dazu gehört.“ „(...) das war, also sie war einfach so schutzbedürftig, glaube ich. Das ist so (...) das hat alles so leicht gemacht- und klar, mit dem Kindchen-Schema, bei einem Kleinkind, was so ganz hilflos ist, da ist man so ganz schnell dann so emotional berührt.“ Weiterhin ergänzt Frau C., auch aus der Perspektive der gesamten Familie: „Dann kam sie und es passte und es war so, wie alle es sich gewünscht haben.“

#### **(5) Bindung zum Pflegekind (Pflege Tochter)**

Auf die Frage, welche Bindung Frau A. zu ihrer Pflege Tochter hat, antwortet sie sehr zügig: „Sehr eng. Ganz eng.“ Dann geht sie in ihrer Erinnerung nochmals zurück: „Also da (in der Mutter-Kind-Einrichtung), da war eher Mitleid. Wie gesagt, das Ganze, wenn man sie gesehen hat. Der Raum und dieses Würmchen darin und alles so grau in grau und traurig und trostlos. Aber hier bei uns war das ganz schnell. Also, sie hat ganz schnell dazu gehört.“

## 7.5 Einzelanalyse Familie D.

### ***Entstehungszusammenhang des Interviews (Ort, Umstände, anwesende Personen, Interviewsituation und Interviewdynamik)***

Das Interview wurde in der Wohnküche der Familie D. geführt. Das Gespräch war gekennzeichnet durch eine ganz besondere Offenheit. Frau D. lachte häufig und unterstrich für sie besonders emotionale Erzählpassagen durch eine stimmliche laut – leise Variation. Insgesamt erzählte Frau D. offensichtlich sehr gerne von den Erfahrungen als Pflegemutter. Zum Ende des Gespräches kam Herr D., der von der Arbeit kam, hinzu, sowie die Pflegetochter, die von einer Freizeitaktivität nach Hause kam. Der Pflegesohn war während des gesamten Gespräches zu Hause anwesend, hielt sich jedoch währenddessen in immer wieder unterschiedlichen Räumen auf.

### ***Memo zur Gesprächspartnerin, Familiensituation, Pflegekind***

Frau D. ist bereits eine sehr erfahrene Pflegemutter. Mit ihrem Mann hat sie schon zahlreiche Kinder in Kurzzeitpflege begleitet. Herr und Frau D. haben zwei erwachsene leibliche Kinder (22 Jahre und 20 Jahre), die schon nicht mehr im Haushalt leben. Der jetzt 16jährige Pflegesohn kam bereits mit einem halben Jahr in die Familie. Zu diesem Zeitpunkt war das Ehepaar 34 und 38 Jahre alt. Die Pflegetochter ist jetzt 13 Jahre alt und kam mit 4 Jahren in die Familie. Frau D. war damals 40 Jahre und ihr Mann 44 Jahre. Herr D. ist ganztags berufstätig; seine Frau gibt manchmal an Wochenenden Seminare und geht damit einer geringfügigen Beschäftigung nach. Familie D. lebt in einem Einfamilienhaus am Stadtrand einer Kleinstadt.

### ***Beschreibung der Behinderung aus der Sicht der Pflegeeltern (Pflegesohn)***

Der Pflegesohn ist als ein extremes Frühchen, bereits in der 25. Schwangerschaftswoche, mit dem Down-Syndrom geboren. Ein komplizierter Geburtsverlauf verursachte zudem schwere weitere Folgen, die zu einer besonderen Schwere seiner Behinderung führen. Auch heute noch erhält er seine Nahrung über eine Sonde.



**Beschreibung der Behinderung aus der Sicht der Pflegeeltern (Pflegetochter)**

Die Pflegetochter kam mit einem Down-Syndrom und einem daraus resultierendem Herzfehler zu Welt. In den ersten Lebensjahren wurde sie wenig gefördert. Die Pflegeeltern bezeichnen sie als ein „*fittes Downkind*“.

**(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger)**

**Behinderung (Pflegetochter)**

Frau D. erzählt, *„(...) eigentlich war es schon, bevor wir eigene Kinder hatten klar, also wir haben immer gesagt, wir wollen eigene Kinder haben und dann gerne ein Kind adoptieren. (...) Und dann hatten wir halt unsere beiden Söhne, ganz gesund und munter und dann haben wir gesagt, das Risiko gehen wir auch nicht mehr ein, also ein drittes Kind zu bekommen. Und wir möchten gerne einem anderen Kind etwas Gutes tun und waren eigentlich beide der Meinung. Also ich wüsste gar nicht, das es von einem mehr oder von dem anderem mehr ist.“* Dabei war bei Frau D. und auch bei ihrem Mann die Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes klar: *„Weil es so viele Kinder ohne Eltern gibt, die nicht gewünscht sind und wir da einfach Lust darauf hatten und dachten, dass wir das wohl können.“* Das Familie D. letztendlich ein Pflegekind mit einer Behinderung aufgenommen hat, war eher zufällig: *„Also bei ihm war es ja zufällig, weil das Jugendamt halt dringend eine Familie für ihn suchte. Es war eigentlich erst das Ziel, Rückführung zur Mutter, was sich dann ja aber nicht ergeben hat. Und ähm, wir dachten halt, ganz am Anfang, also bevor er bei uns eingezogen war, dachten wir auch, dass das auch so laufen würde und hatten uns auf ein halbes Jahr bis ein Jahr eingestellt. Insbesondere weil ja auch die Lebenserwartung insgesamt nicht so hoch eingeschätzt wurde. Und es war eigentlich schon nach kurzer Zeit, nach einem Vierteljahr klar, dass eine Rückführung nicht zur Debatte stand und das wir ihn auch behalten.“*

**(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger)**

**Behinderung (Pflegetochter)**

Die Motivation, ihre Pflegetochter aufzunehmen und die letztendliche Entscheidung erfolgte vollkommen gezielt: *„Es war viel gezielter. Also, es war klar, dass wir ein Mädchen wollten. Das ging auch ganz klar von mir aus. mein Mann war damit einverstanden. Unsere leiblichen Söhne nicht. Die waren gerade in einem*

*Alter, wo sie keine Mädchen hier im Haus haben wollten. Und dann haben unsere beiden Söhne halt gesagt, also wenn ein Mädchen, dann nur eins mit Down-Syndrom. Und dann haben wir gesagt, okay, dann suchen wir so eines. Und ja, dann haben wir richtig nach ihr gesucht, haben herum gehört und über sieben Ecken wurde an uns heran getragen, das in einem gewissen Kinderheim halt so ein Mädchen lebt und dann habe ich das Jugendamt angerufen.“ Motivational angetrieben war das Paar auch durch die Tatsache, dass sie ja bereits einen Pflegesohn mit Down-Syndrom hatten und gerne noch ein weiteres Kind mit speziell dieser Form der Behinderung aufnehmen wollten: „Und bei ihr war die Motivation eigentlich, dass wir gerne noch ein Kind mit Down-Syndrom aufnehmen wollten, weil wir halt durch die Down-Syndrom-Gruppe oder durch Therapien viele Menschen mit Down-Syndrom kennen gelernt haben, die uns unheimlich gut gefielen und wir dachten, ja so ein Mädels hätten wir gerne noch. Ja.“*

## **(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme**

(Pflegesohn)

Frau D. berichtet, dass die Aufnahme eine Pflegekindes mit Behinderung zunächst nicht geplant war: *„Grundsätzlich war es aber nicht geplant, ein behindertes Kind aufzunehmen. Wir hatten das in dem Antragsformular nicht abgelehnt, aber nicht explizit gewünscht. (...) und haben auch so gedacht, das können wir gar nicht. Aber irgendwie ließ einen der Gedanke dann doch nicht los und man hat sich dann doch mehr mit diesem Thema Behinderung und so weiter beschäftigt.(...) Und wie wir ihn dann gesehen haben, dann war es ja eh passiert, dann war es ja eh egal, was für eine Behinderung er hat.“* Familie D. wusste zum Zeitpunkt der Aufnahme ihres Pflegesohnes sehr konkret über die Behinderung des Pflegesohnes Bescheid: *„Also, wir wussten, dass er das Down-Syndrom hat. Wir wussten, dass er nicht selber essen konnte. Er hatte ja damals eine Nasen-Sonde. Er war ein extremes Frühchen. Das war bekannt. Dass die Lungen nicht gut entwickelt waren. Und es war bekannt (...), es hieß eigentlich die Lebenserwartung beträgt eigentlich nicht mehr als ein Jahr. Also das war uns über die Behinderung bekannt.“*

## **(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme**

(Pflegetochter)

Die Kenntnisse von Familie D. über die Behinderung der Pflegetochter zum Zeitpunkt der Aufnahme waren relativ klar umrissen: *„Sie war ja nun schon älter mit vier Jahren: Down-Syndrom und Herzfehler und sie konnte nicht sprechen. Ansonsten relativ gut entwickelt. Nicht so gut gefördert halt.“*

**(3) Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben:**

(Pflegesohn)

Frau D. erzählt im Gespräch, dass die Behinderung ihres Pflegesohnes keine Bedeutung auf ihr emotionales Empfinden hat und beschreibt dies wie folgt: *„Nein, eigentlich nicht. Das kann ich nicht sagen. Ich habe eigentlich damals gar nicht über die Behinderung nachgedacht. Es ging bei ihm eigentlich damals eher ums Überleben in dieser Phase. Es war einfach immer nur der Kampf, dass er am Leben bleibt und über die Behinderung, Down-Syndrom und sonstiges hat man eigentlich gar nicht so sehr nachgedacht.“* Im Vergleich zur Pflegetochter, die auch das Down-Syndrom hat kommt Frau D. zu dem Ergebnis: *„Also ich finde fast, dass es bei ihm eine weniger starke Rolle spielt, obwohl er ja stärker behindert ist, ist es aber so, dass er ja in seiner Welt lebt und man zwar die Pflege macht und so alles und er ist gut zufrieden in seiner Welt. Er ist gut in der Schule aufgehoben und hier zu Hause und alles und klar, er hat auch so keine Freunde, aber ich glaube er vermisst sie auch nicht. Also, wir sind ihm als Familie und so mit der Schule genug.“*

**(3) Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben:**

(Pflegetochter)

Im Gegensatz zum Pflegesohn hat die Behinderung für die Pflegetochter eine sehr viel größere Bedeutung. Dies wirkt sich auf das gesamte emotionale Erleben, auch auf das der Pflegeeltern aus. dies führt auch dazu, dass die Pflegeeltern sich bereits sehr weitreichende Gedanken, auch in Bezug auf die Zukunft machen: *„Und bei unserer Pflegetochter, da spielt der Bereich Behinderung eine viel größere Rolle. Weil sie sehr grenzlastig ist, sie ist ein sehr fittes Downkind und wir haben sehr viele Schwierigkeiten in puncto Integration. (...) Deswegen ist uns eben auch mit die Idee entstanden, eben auch noch ein drittes Kind aufzunehmen, im Alter von unserer Pflegetochter, also ein bisschen jünger natürlich. Es muss ja das jüngste Kind definitiv bleiben, aber so dass sie dann auch noch einen Ansprechpartner hat,*

irgendwie.“

**(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegesohn)**

Auf die Frage nach den mütterlichen Gefühlen für ihren Pflegesohn, beschreibt Frau D.: *„Das war im Krankenhaus (...) in der Kinderklinik und wir waren da hinter der Scheibe und da wurde er uns hochgehalten von der Krankenschwester und wie die Augen uns so angeblinzelt haben, da war es klar, dass das unser Kind ist, das war eigentlich vom ersten Augenblick an klar. Mein Mann und ich wir brauchten da gar nicht drüber reden, das war völlig klar. Ja, so war das (...).“* Unter weiter erzählt Frau D.: *„(...) und wie gesagt es stellte sich ja dann heraus, dass er nicht zurück zur leiblichen Familie ging und zu Hause blieb, also bei uns dann blieb und er wurde dann auch direkt von allen Familienmitgliedern akzeptiert und er war ja auch ganz sehr schutzbedürftig und brauchte ganz viel Zuwendung. Und die Kinder (die beiden Söhne) haben da auch nie Eifersucht gezeigt, sondern eigentlich eher ihn in Schutz genommen, weil er einfach so schutzbedürftig war.“* Konkret bezogen auf ihre mütterlichen Gefühle erzählt Frau D.: *„Ja, eigentlich von Anfang an. Liebe auf den ersten Blick. Doch.“* Und weiter: *„Also, ich empfinde da gar keinen Unterschied zwischen meinen leiblichen Kindern und den angenommenen Kindern. Es wird einem ja oft vorgeworfen oder mal erwähnt. Ja, das sind ja nicht deine eigenen Kinder, ja du empfindest ja nicht so für sie. Aber ich, persönlich habe nicht das Gefühl das ich anders für sie empfinde, sondern schon direkt von Anfang an, bei beiden war das so, wie gesagt, (...) Liebe auf den ersten Blick.“*

**(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegetochter)**

Auf die Frage nach den mütterlichen Gefühlen für ihre Pflegetochter, erzählt Frau D.: *„Bei ihr sicher eine andere Begegnung, aber auch direkt ganz klar, dass sie das ist die in unsere Familie noch gehört. Und sicherlich wächst dann mit der Zeit auch noch was, aber das wächst ja auch bei leiblichen Kindern, man hat ja bei seinem leiblichen Baby auch ein ganz anderes Verhältnis, als wenn es fünf ist oder dann zehn ist. Das ist ja immer eine andere Beziehung, die man dann hat. Und so hat sich das auch verändert und entwickelt. Ich fühle mich eigentlich für alle vier als Mutter im gleichen Sinne.“*

**(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegesohn)**

Die Frage nach der Bindung von Frau D. zu ihrem Pflegesohn wurde nicht ausdrücklich gestellt. Dem Gespräch ist aber zu entnehmen, dass es in ihrem Empfinden keine Unterschiede gibt: *„Also, ich empfinde da gar keinen Unterschied zwischen meinen leiblichen Kindern und den angenommenen Kindern.“*

**(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegetochter)**

Auf die Frage, welche Bindung Frau D. zu ihrer Pflegetochter hat, antwortet sie:  
*„Sicher war es am Anfang, sie war ja schon vier, als sie kam. Schon schwierig, was heißt schwierig, einfach anders. Klar, wenn man ein Kind als Baby zu sich nimmt und es dann bei einem aufwächst. Sie hatte ja damals auch noch Erinnerung, von da wo sie war. Aber die sind jetzt auch komplett weg. Und klar, man musste sich aneinander gewöhnen, aber sie hat das sehr schnell genossen und aufgenommen und hat dann direkt von Anfang an Mama und Papa gesagt. Also, das war das erste eigentlich, was sie gesagt hat, sie hat ja im Heimbereich noch nicht gesprochen.“*

## 7.6 Einzelanalyse Familie E.

### ***Entstehungszusammenhang des Interviews (Ort, Umstände, anwesende Personen, Interviewsituation und Interviewdynamik)***

Das Interview wurde im Wohnzimmer der Familie E. geführt. Das Gespräch war gekennzeichnet durch viel Offenheit und einer Erzählfreude von Frau E. über das Geschehene zu berichten. Insgesamt erzählte Frau E. offensichtlich sehr gerne von den Erfahrungen als Pflegemutter. Zum Ende des Gespräches die Pflegetochter aus der Schule, sie war sehr am Gespräch interessiert und ging dann in den Garten zum Spielen. Später kam Herr E. von der Arbeit und setzte sich einfach dazu, während seine Frau ungestört weiter berichtete. Es kam insgesamt mehrere kleinere Störungen durch Telefonklingeln und kurze Telefongespräche.

### ***Memo zur Gesprächspartnerin, Familiensituation, Pflegekind***

Frau und Herr E. sind verheiratet und sie haben zwei erwachsene leibliche Kinder. Der 25jährige Sohn lebt bereits nicht mehr im Elternhaus. Ein weiterer Sohn befindet sich mit 21 Jahren in Ausbildung und lebt noch im Haushalt. Zum Zeitpunkt des Gespräches lebten zwei Pflegekinder bei Familie E. Der jetzt 14jährige Pflegesohn kam bereits mit 13 Monaten in die Familie. Zu diesem Zeitpunkt war das Ehepaar 38 und 39 Jahre alt. Die Pflegetochter ist jetzt 10 Jahre alt und kam mit fünfeinhalb Jahren in die Familie. Frau E. war damals 47 Jahre und ihr Mann 48 Jahre. Zu Beginn der Aufnahme der Pflegetochter lebte auch die zwei Jahre ältere leibliche Schwester der Pflegetochter für zwei Jahre in der Familie. Frau E. berichtet, dass sie dieses Mädchen leider nach massiven Zwischenfällen wieder abgeben mussten. Sie lebt seitdem in einem Kinderdorf. Herr E. ist ganztags berufstätig; seine Frau ist nicht berufstätig. Familie E. lebt in einem Einfamilienhaus in ländlicher Umgebung.

### ***Beschreibung der Behinderung aus der Sicht der Pflegeeltern (Pflegesohn)***

Frau E. berichtet von der geistigen Behinderung ihres Pflegesohnes. Dies habe man ihnen von Anfang an mit auf den Weg gegeben. „Aber was letztendlich da raus kommt, das hat keiner gewusst und da hat uns auch nicht jemand darauf vorbereitet.“ Auch inwieweit eine Schädigung stattgefunden hatte, das war lange

nicht abschätzbar. Der Pflegesohn war schwer vernachlässigt mit acht Monaten in Obhut genommen wurden. Die Diagnose FAS kam dann erst später, nach vielen Schwierigkeiten und Wutausbrüchen.

***Beschreibung der Behinderung aus der Sicht der Pflegeeltern (Pflegetochter)***

Frau E. antwortet, auf die Frage nach der Behinderung ihrer Pflegetochter: *„Geistige Behinderung, leichte geistige Behinderung und FAS und ADHS. Also, das ist schon mehr als am Rande der geistigen Behinderung.“* Ihre Pflegetochter sei massiv vernachlässigt wurden, hat eine Sprachstörung. Als sie in die Familie kam, hat sie gar nicht gesprochen. Außerdem habe sie eine massive Fehlstellung von Mund und Gebiss, weswegen ihr ein Großteil der Zähne gezogen wurden. Sie habe Probleme mit den Ohren und eine Brille. Immer wieder lenkt Frau E. auch das Gespräch darauf, dass man ihrer Pflegetochter ansähe, dass sie behindert sei: *„man sieht ihr das an, dass sie behindert ist und man sieht ihr das auch an (...).“*

**(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung (Pflegesohn)**

Frau E. erzählt, dass die Aufnahme ihres ersten Pflegekindes, dem Pflegesohn, motiviert war durch Freunde, die bereits Pflegekinder aufgenommen hatten: *„Diese Geschichte haben wir uns angeguckt und es war einfach nur toll, was die da abgeleistet haben. Einfach nur toll.“* Da Frau E. zu diesem Zeitpunkt nicht berufstätig, zog sie diese Möglichkeit auch als Perspektive für sich in Erwägung: *„Und dann habe ich zuerst nur für mich überlegt, ob dies vielleicht auch eine Aufgabe für mich ist, weil ich wollte irgendwas machen, ich wollte aber auch zu Hause bleiben, bei meinen Kindern, während die in der Schule sind. Das war einfach so für mich das Ding, dass ich zu Hause bleiben wollte und ich wollte früher auch schon immer mit Kindern arbeiten. Eigentlich wollte ich dann auch einmal Kindergärtnerin werden, aber ich war nicht so gut in der Schule und dann kam alles andere dann dazwischen. Wir haben uns das lange angeguckt (...). Die Überlegungen erfolgten dann gemeinsam mit ihrem Mann: „Und dann haben mein Mann und ich uns dann hingesetzt und gesprochen, ob das nicht vielleicht auch etwas für uns wäre. Ja, so sind wir da eigentlich ran gekommen. Dann haben wir uns beim Jugendamt beworben (...).“* Frau E. erzählt: *„Und es war einfach toll, wieder so*

*ein ganz Kleines zu haben, aber nicht ganz von vorne anzufangen.“ Und „Wir standen mitten im Leben. Mit den Kindern, unseren leiblichen klappte alles gut. Die waren alle einverstanden damit.“ Die vordergründige Motivation von Frau E. und ihrem Mann war dabei, so beschreibt Frau E.: „Kindern zu helfen, die vernachlässigt wurden. Der Junge kam aus einer Einrichtung, war schon von zu Hause weg gewesen. Wir wollten einfach nur Kindern helfen, mit Kindern arbeiten.“*

### **(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger)**

#### **Behinderung (Pflegetochter)**

Über Kontakte zu einem Pflegeelternverein war Familie E. motiviert ein weiteres Pflegekind aufzunehmen. Sie lernten da Geschwister kennen und erfuhren von der Situation, dass eine andere Pflegefamilie die beiden nicht aufnehmen konnten. Frau E. erzählt: *„Die konnten beide nicht aufnehmen und da haben wir gesagt. Das wäre ja noch einmal etwas für uns. Mädels, ich habe mir doch noch einmal Mädels gewünscht(...) Und dann haben wir festgestellt, dass sind ganz ruhige Mädels. Die könnten wir zu den Powerjungen aufnehmen. Das ist der Ausgleich, wenn der so seine Wutausbrüche hat.“* Die Entscheidung zur Aufnahme war dann zwischen Frau und Herrn E. sehr schnell gefallen. Frau E. betont im Gespräch immer wieder, dass sowohl sie als auch ihr Mann motiviert waren, vernachlässigten Kindern zu helfen, Kindern zu helfen, sie zu unterstützen.

### **(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme**

#### **(Pflegesohn)**

Frau E. erzählt, *„Das hat man uns schon mit auf den Weg gegeben, dass eine Beeinträchtigung sein kann. Aber was letztendlich da raus kommt, das hat keiner gewusst und da hat uns auch nicht jemand darauf vorbereitet.“* Ihr Pflegesohn war damals 13 Monate alt und Frau E. berichtet: *„Nun, man konnte natürlich nicht sehen, wie weit das denn ausgeprägt ist alles. Und wie weit denn eine Schädigung stattgefunden hat, ob nun geistige Behinderung oder auch Vernachlässigung oder Missbrauch. Alles haben wir nicht gewusst, aber die geistige Behinderung haben wir gesehen.“* Weiterhin ergänzt Frau E. im Gespräch, dass: *„Bei dem Jungen, der hat eine chronische Bronchitis gehabt. Der war ständig erkältet. War ständig am Inhaliergerät. Sein Körpertonus war nicht in Ordnung. Er wurde vernachlässigt. Er*



*war nicht richtig ernährt. Zuhause in den acht Monaten wo er da war. Er war danach im Kinderschutzhaus. Dann hat sich das alles ein bisschen reguliert. Nichtsdestotrotz haben wir ein verrotzes Kind mitbekommen. Sämtliche Arztbesuche standen dann an. Wobei wir dann trotzdem lange nicht mitbekommen haben, das da irgendwelche Beeinträchtigungen sind. (...) Da hat man auch nichts wirklich von der Behinderung festgestellt, auch nicht von dem FAS. Das kam dann erst später.“*

## **(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme**

(Pflegetochter)

Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren relativ klar, dass wohl bei der Pflegetochter eine geistige Behinderung vorliegt. *„Wobei man bei dem Mädchen uns schon darauf vorbereitet hat, dass wohl eine geistige Behinderung da ist. Also bei ihr ist es schon bewusst passiert.“* Frau E. erinnert sich zurück, dass sie ja zu diesem Zeitpunkt nicht alles gewusst haben. Sie erzählt: *„Nun, man konnte natürlich nicht sehen, wie weit das denn ausgeprägt ist alles. Und wie weit denn eine Schädigung stattgefunden hat, ob nun geistige Behinderung oder auch Vernachlässigung oder Missbrauch. Alles haben wir nicht gewusst, aber die geistige Behinderung haben wir gesehen.“* Weiterhin verstärkt sie ihre Aussage dann nochmals: *„Ja, wir wusste, dass da eine Behinderung ist, eine massive Vernachlässigung ist. Sprachstörung sowieso, sie hat überhaupt gar nicht gesprochen als sie zu uns kam. Sie konnte überhaupt gar keine Worte finden. Sie konnte einfach nicht sprechen. Sie hat eine massive Fehlstellung von Mund und Gebiss (...), Probleme mit den Ohren. Sie hat in der Kurzzeitpflege eine Brille bekommen (...). Geschweige denn auch die Impfungen und alles. Eine Fußfehlstellung hat sie, sie hat eine Trichterbrust und im Gesicht, man sieht ihr das an, dass sie behindert ist und man sieht ihr das auch an (...).“*

## **(3) Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben:**

(Pflegesohn)

Aus dem Gespräch mit Frau E. ist zu entnehmen, dass die Behinderung ihres Pflegesohnes keine Bedeutung auf ihr emotionales Empfinden hat. Sie beschreibt dies wie folgt: *„Nun, man konnte natürlich nicht sehen, wie weit das denn ausgeprägt ist alles. Und wie weit denn eine Schädigung stattgefunden hat, ob nun geistige Behinderung oder auch Vernachlässigung oder Missbrauch. Alles haben wir*

*nicht gewusst, aber die geistige Behinderung haben wir gesehen.“*

### **(3) Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben:**

(Pflegetochter)

In Bezug auf die Pflegetochter beschreibt Frau E., dass das Thema Behinderung bei der Aufnahme ihrer Pflegetochter nicht von Bedeutung war. *„Nein, nicht eine wirkliche Rolle.“* Sie fügt im Weiteren den Aspekt an, dass eher die Frage im Raum stand, ob sie das wirklich schaffen, denn es war ja wirklich viel absehbar. *„Aber wir haben natürlich schon überlegt, schaffen wir das? Ja, kriegen wir das hin? Ist es das, was wir sehen. Keine Ahnung, die Augen, die Ohren, die Füße, ja. Und auch die geistige Behinderung, die ja dann auch da war schon. Doch, aber es war keine Angst da, es einfach noch einmal so ein in sich hinein hören. Mensch, schaffen wir das, kriegen wir das hin? Klar war ihr und ihrem Mann, dass sie es gemeinsam entscheiden und dann auch gemeinsam schaffen müssen. Frau E. beschreibt dies so: „Aber wenn, müssen wir alle zusammen das hinkriegen. Denn alleine weiß ich nicht, ob ich das schaffe, so in der Richtung, ja.“*

### **(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegesohn)**

Auf die Frage nach den mütterlichen Gefühlen für ihren Pflegesohn, beschreibt Frau E., dass diese deutlich mehr waren, als dann später bei ihrer Pflegetochter. *„Ja, bei ihm auch schon mehr, als bei unserer Pflegetochter.“* Sie begründet es auch damit, dass ihr Pflegesohn zum Zeitpunkt der Aufnahme noch viel jünger war und noch mehr brauchte. *„Gut, erbrauchte ja auch mehr. Er war ja noch das Pamperskind, er konnte ja weder krabbeln noch sonst irgendwas. Er konnte ja eigentlich gar nichts mit seinen 13 Monaten, also ja nicht viel.“* Auch im Verlauf der Jahre stellte sie fest, dass ihr Empfinden anders ist, als bei ihrer Pflegetochter: *„Aber es ist doch eine ein bisschen andere Bindung als zu unserer Tochter. Ich denke mal, es liegt einfach daran, dass er Baby war, als er gekommen ist und sie tatsächlich schon auf ihren eigenen Beinen hier reingegangen ist, denke ich mal. Natürlich habe ich beide gleich lieb, aber doch, es ist, ich kann es einfach gar nicht beschreiben, es ist etwas anders. Noch mehr Mutter für ihn denke ich mal, noch mehr Mutter.“* Frau E. glaubt, dass sie für ihren Pflegesohn aufgrund der Gegebenheiten noch mehr Mutter ist, als für ihre Pflegetochter.“

#### **(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegetochter)**

Auf die Frage nach den mütterlichen Gefühlen für ihre Pflegetochter, erzählt Frau E., dass sie in der Phase der Aufnahme volle Freude war, auch darüber noch einmal Muttergefühle erleben zu können und darin aufzugehen: *„Freude, ich weiß Freude war da, doch. Auch als wir hingefahren sind zum ersten Kontakt, so ein Kribbeln irgendwie, so ein aufregendes Gefühl, was kommt jetzt, ich freu mich.“* Und weiter: *„Freude, ja Freude. Und voll auch noch einmal dieses Muttergefühl, noch einmal darin aufzugehen in dieser Rolle, Kindern zu helfen, ja.“* Ihre Pflegetochter habe ihr das durch ihre Distanzlosigkeit sehr einfach gemacht: *„Ja doch. Doch, das denke ich schon. Dadurch das unsere Pflegetochter auch sehr distanzlos war, so zum Kuscheln kam hatten wir da keine Probleme, da bekam man einfach Muttergefühle.“* Sie unterstreicht auch im Gespräch, wie sehr sie sich als Mutter fühlt: *„Ja doch, da fühle ich mich als Mutter und so werde ich ja auch betitelt, so werde ich auch angenommen. Sie weiß schon, dass ich nicht ihre leibliche Mutter bin (...). Also, dass weiß sie schon, das kann sie auch unterscheiden, aber sie hat von Anfang an gleich Mama gesagt (...).“*

#### **(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegesohn)**

In Bezug auf die Bindung zu ihrem Pflegesohn erzählt Frau E., dass sie die Bindung zu ihm als sehr eng erlebt hat, auch wenn dies ihr Pflegesohn anfangs gar nicht so zugelassen hat: *„Doch, die Bindung war schon enger. Ich wollte sie auch enger haben. Bloß er hat es zu Anfang gar nicht zugelassen. Er hat alles was blond war ignoriert. Ich konnte mit ihm auch gar nicht kuscheln oder ihn auf meinem Schoß. Er ist immer gleich abgehauen. Weg, also er hat da schlechte Erfahrungen wohl mit seiner Mutter gemacht.“* Auch hier bezieht sie sich auf Unterschiede in Bezug auf ihre Pflegetochter: *„Aber es ist doch eine ein bisschen andere Bindung als zu unserer Tochter. Ich denke mal, es liegt einfach daran, dass er Baby war, als er gekommen ist und sie tatsächlich schon auf ihren eigenen Beinen hier reingegangen ist, denke ich mal. Natürlich habe ich beide gleich lieb, aber doch, es ist, ich kann es einfach gar nicht beschreiben, es ist etwas anders. Noch mehr Mutter für ihn denke ich mal, noch mehr Mutter.“*

#### **(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegetochter)**

Auf die Frage, welche Bindung Frau E. zu ihrer Pflegetochter hat, antwortet sie: *„Doch, die ist schon intensiver geworden, die hat sich wirklich mit der Zeit gefestigt. Man kann schon sagen, dass ist eine Mutter-Tochter-Beziehung. Ja.“* Auch hier bringt sie zum Ausdruck, dass die Bindung zum Pflegesohn eine andere ist: *„Aber es ist doch eine ein bisschen andere Bindung als zu unserer Tochter. Ich denke mal, es liegt einfach daran, dass er Baby war, als er gekommen ist und sie tatsächlich schon auf ihren eigenen Beinen hier reingegangen ist, denke ich mal. Natürlich habe ich beide gleich lieb, aber doch, es ist, ich kann es einfach gar nicht beschreiben, es ist etwas anders. (...).“*

## 7.7 Einzelanalyse Familie F.

### ***Entstehungszusammenhang des Interviews (Ort, Umstände, anwesende Personen, Interviewsituation und Interviewdynamik)***

Das Interview wurde in der Küche der Familie geführt. Die Gesprächspartnerin Frau F. war von Anfang an sehr aufgeschlossen, begegnete mit großer Offenheit und war gespannt, welche Fragen sie im Gesprächsverlauf erwarten. Die Gesprächsatmosphäre war insgesamt sehr angenehm. Im Gesprächsverlauf gab es mehrmalige Störungen durch Telefonklingeln, nach jeweils kurzen Unterbrechungen konnte das Gespräch fortgesetzt werden.

### ***Memo zur Gesprächspartnerin, Familiensituation, Pflegekind***

Frau F. lebt mit ihrem Ehemann in einem Einfamilienhaus in ländlicher Lage. Zum Zeitpunkt der Aufnahme ihres Pflegesohnes waren beide jeweils 37 Jahre alt. Herr F. ist berufstätig. Frau F. war ebenfalls bis zur Aufnahme des Pflegesohnes voll berufstätig. Als der Pflegesohn in die Familie kam, war er 15 Monate alt. Er lebte vorher schon einige Monate in einer Notpflegereinrichtung. Seine Mutter verschwand und ließ ihn bei einer Freundin zurück, als er vier Monate alt war. Zum Zeitpunkt des Gespräches ist er 11 Jahre alt, die Pflegeeltern sind nun beide 47 Jahre alt. Zum Gesprächszeitpunkt lebt der Junge bereits 10 Jahre in der Familie. In der Familie F. leben keine weiteren Kinder. Ursprünglich hatte die Familie F. den Wunsch ein Kind zu adoptieren; dem ging ein unerfüllter Kinderwunsch voraus.

### ***Beschreibung der Behinderung aus Elternsicht***

Die Behinderung ihres Pflegesohnes beschreibt Frau F. im Gesprächsverlauf wie folgt: *„Er ist immer noch nicht eingestellt. Also, wir waren fast drei Jahre da. Ich weiß, dass wir 2006 für 271 Tage im Krankenhaus waren. Überall und so ging das eigentlich ich denke drei Jahre und dann wurde es besser. Die Anfälle wurden nicht besser, aber wir haben gesagt, es hilft nichts. Wir können im Krankenhaus wohnen, aber das hilft uns nicht. Dann haben wir das so akzeptiert wie das ist und man wächst in die Sache hinein. Man lernt damit umzugehen.“* Nach über drei Jahren erfährt Familie F. dann die Diagnose: Lennox-Gastaut, eine der schwer-

wiegendsten Epilepsieformen überhaupt. Außerdem waren seine Leberwerte von Anfang an sehr schlecht. Dies ist wohl dem Alkohol- oder Drogenmissbrauch der Mutter zuzuschreiben, hatte aber dann die Folge dass viele Medikamente für den Jungen ungeeignet waren, weil die Leberwerte ja bereits schlecht waren. Er hat keine Gallenblase und das Gehör funktioniert auch nicht so, wie es sein sollte. Er hat jetzt eine Dreierkombination Epilepsiemedikamente und einen Vagusnerv-stimulator, einen Schrittmacher fürs Gehirn. Er ist im Rollstuhl, „Er kann nicht gut genug laufen.“

### **(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger)**

#### **Behinderung**

Frau F. beschreibt, dass der Wunsch, ein Kind anzunehmen von Anfang an von ihnen beiden ausging: *„Ja, eigentlich wollten wir ein Kind adoptieren. Dann wurde uns nach einigen Jahren ein Kind angeboten, das allerdings schon etwas älter war, schon viereinhalb Jahre, ein Junge. Der Vater wollte das Kind zur Adoption freigeben, die Mutter war unbekannt verschollen, oder so, keine Ahnung, was da wirklich war. Dann haben wir uns so ein bisschen entschieden, dass nicht zu machen, weil uns das zu unsicher war. Da hatten wir so ein bisschen Angst. Ja und dann dauerte das gar nicht lange, vielleicht drei, vier Monate später, da wurde uns dann wieder ein Kind angeboten. Man hatte uns nicht gesagt, ob Junge oder Mädchen, das war uns auch egal. Und er lebte zu der Zeit in der Notpflege. Ja, und dann haben wir ihn zuerst zwei-, drei-mal besucht und dann haben wir uns entschieden, ihn aufzunehmen. Eigentlich als Adoptionskind.“* Und weiter: *„Die Adoption war eigentlich unser Ziel, aber nur weil ich Angst hatte, dass man uns das Pflegekind wieder wegnimmt nach kurzer Zeit. Das hätte ich nicht so gekonnt. Wir wollten eine Familie und nicht immer wieder verschiedene Pflegekinder für kurze Zeit, das wollten wir nicht.“*

### **(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme**

Frau F. erzählt, dass sie und ihr Mann am Anfang in keiner Weise eine Behinderung vermutet haben: *„Nein, in keiner Weise. Er galt als entwicklungsverzögert. Das war aber eigentlich auch verständlich. Er lebte schon mehrere Monate in der Notpflege, weil seine leibliche Mutter nicht zu erreichen war. Ich habe damals gesagt, ist ja okay, normal. Wenn sich niemand um ein Kind kümmert, dann*

*kann es sich nicht entwickeln. Ich habe halt gedacht, das ist das Kleinere. Das bekommen wir schon hin.“ So bleib es jedoch nicht: „Das kam alles so nach und nach. Ich muss in der gleichen Klinik gewesen sein, wo er schon einmal behandelt wurden ist. da hat mich der Arzt wohl verwechselt mit der leiblichen Mutter oder mit der Tante. Ich weiß es nicht. Dadurch habe ich einiges erfahren. Das hätte er mir nie sagen dürfen. Was sollte ich sagen, ich habe ja nicht gesagt, er soll es mir nicht sagen. Ansonsten, ich weiß nicht sehr viel. Er hat Geschwister, (...).“ Weiter erzählt Frau F.: „Wir haben dieses gelbe Untersuchungsheft. Da war mir erst nicht klar, was dieses Wort Abusus bedeutet. Jetzt weiß ich es halt. Ob sie jetzt Drogen oder es ist nicht näher beschrieben. Es steht nicht da. Es steht nur Abusus, ist angekreuzt, das ist alles. Was da noch genau mit ihm war, wir wissen es nicht.“*

### **(3) Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben:**

Frau F. erzählt, in Bezug auf ihr emotionales Erleben, dass bereits zehn Tage, nachdem ihr Pflegesohn bei ihnen zu Hause war, alles anders kam: *„Ja, dann kam alles anders.“ Und weiter: „Denn ich war ja eigentlich nur zehn Tage mit ihm zu Hause, ich bin dann gleich ins Krankenhaus gefahren, weil ich gemerkt habe, dass da irgendwas nicht in Ordnung ist. er wurde ganz blau. Und dann habe ich dann halt die Beziehung extrem aufgebaut und mein Mann war zu Hause, der musste arbeite.“* *„Er hatte alle Anfälle, die man sich nur vorstellen konnte. Von Sturzanfällen, sodass ich ihn gar nicht mehr losgelassen habe, weil er immer nur mit dem Kopf irgendwo hingeknallt ist. Zunge durchgebissen, Nase gebrochen, alles was man sich vorstellen kann. (...) Das war heftig. Nach Hause gefahren bin ich in der Zeit nicht.“* Kurz vor Weihnachten 2005 wird eine Vermutung zur Gewissheit: *„Die Diagnose kam am 23. Dezember 2005 (...). Ja, das Kind hat Lennox-Gastaut. Sie können dann erst einmal nach Hause fahren. Und für mich war das so, ich wusste, was das heißt. Es ist eine der schlimmsten Epilepsien die es halt gibt, die Kinder entwickeln sich nicht nach vorne, die gehen immer weiter zurück. Das ist bei unserem Pflegesohn fast nicht mehr möglich und dann bin ich nach Hause gefahren, mit einem blassen Kind, das gerade wieder einen Sturzanfall hatte, vollgedröhnt mit Cortison und ich voll am Ende.“* Frau F. erzählt von Belastungen und vielfältigen Erfahrungen und thematisiert: *„Aber ausgegrenzt fühlen wir uns nicht. Aber ich fühle mich anders,*

*wenn ich mit ihm durch die Straße gehe. Und die Mamas mit gesunden Kindern sehe. Die schimpfen mit ihren Kindern wegen Kleinigkeiten und ich denke nur, Mensch Leute ihr habt doch überhaupt kein Problem. Das ist schon manchmal so, dass ich mich genervt fühle.“*

#### **(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“**

Auf die Frage nach den mütterlichen Gefühlen für ihre Pflege Tochter bestätigt Frau F.: *„Also, wir sind mit der Jugendamtsmitarbeiterin in der Notpflegfamilie und da öffnete so ein kleines Mädchen die Tür. Dann sind wir weiter geführt wurden und dann hat man uns ihn gezeigt. Er konnte schon stehen und stand dann schielend mit ganz vielen Locken an diesem Gitter und dann war es um mich passiert und ich habe gedacht, der ist es. Ich wusste sofort, den nehme ich mit. die Jugendamtsmitarbeiterin hat gesagt, lassen sie erst einmal die Gefühle sprechen. Es kann auch sein, dass man sagt, nein das ist nicht meins, aber das passte einfach. Wir haben ihn dann besucht, ich glaube zwei Mal. (...) Und dann haben wir ihn über Ostern für zwei Nächte mit nach Hause genommen. (...) Ich hätte ihn am liebsten hier behalten (...) Aber ich hätte ihn am liebsten gleich behalten.“* Frau F. definiert auch den Begriff der Elternschaft für sich: *„In unserem Fall eigentlich, dem Kind Liebe geben und in seinem Leben, für sein Leben die Freiheit geben, die er braucht. Das heißt in unserem Fall auch, die Bewegungsfreiheit, die er braucht. Und wir schränken uns ein bisschen für ihn ein, das ist so, das ist eigentlich alles. Weil Erziehung, das kann ich gar nicht leisten. Das kann ich nur durch Liebe und durch Zeit bieten.“*

#### **(5) Bindung zum Pflegekind**

Auf die Frage, welche Bindung Frau F. zu ihrem Pflegesohn hat, vermerkt sie auf die Bedeutung der langen Klinikaufenthalte von ihrem Pflegesohn und ihr: *„Und dann habe ich dann halt die Beziehung extrem aufgebaut und mein Mann war zu Hause, der musste arbeiten.“* Aber trotz allem habe ihr Mann auch eine enge Bindung aufbauen können: *„Das ist heute noch so, dass beide ihre Knuddelzeit haben sonntags, da sitzt er auf Knien, guckt ihn an und zack ist er dann auf seinem Schoß. Das braucht er. Das ist immer. Er war von Anfang an unser.“* Frau F. betont aber immer wieder auch die besonders enge Bindung zwischen ihr und ihrem Pflegesohn, der eben auch in der Krankheit begründet ist: *„Nur ich denke die*



*Bindung ist, dadurch das wir wirklich Tag und Nacht zusammen waren und diese Krankheit eben auch. Ich denke, wenn ich ein Pflegekind jetzt auch zehn Jahre hätte, was gesund ist, da wäre die Bindung auch da, aber ich könnte eher loslassen. Das denke ich schon. Aber er, er kann nicht sprechen, er kann niemanden sagen was ihm weh tut. Ohne mich geht es einfach nicht. Ich verstehe ihn ohne Worte. Das ist es. Auch wenn es manchmal schwer ist. das kann man nicht. Ich bin auch manchmal am Ende und möchte einfach weg, aber das bringt ja nichts.“*

## 7.8 Einzelanalyse Familie G.

### ***Entstehungszusammenhang des Interviews (Ort, Umstände, anwesende Personen, Interviewsituation und Interviewdynamik)***

Das Interview wurde im Wohnzimmer der Familie G. geführt. Die Gesprächspartnerin Frau G. war von Anfang an sehr offen und gesprächsbereit. Dadurch entstand eine sehr angenehme Gesprächsatmosphäre. Im Gesprächsverlauf gab es keine Störungen.

### ***Memo zur Gesprächspartnerin, Familiensituation, Pflegekind***

Frau G. lebt mit ihrem Ehemann und zwei Pflegeöchtern (6 und 13 Jahre) in einem Einfamilienhaus in ländlicher Lage. Herr G. ist Landwirt. Frau G. hat eine leibliche Tochter, die erwachsen ist und nicht mehr im Elternhaus lebt. Zwei weitere Pflegekinder, eine Pflegeochter und ein Pflegesohn sind ebenfalls bereits erwachsen; beide leben in Einrichtungen und es besteht ein regelmäßiger Kontakt. Herr G. hat zwei leibliche Kinder, die jedoch nicht in der Familie leben, aber gemeinsame Aktivitäten wie Sommerurlaube miteinander teilen. Frau G. ist bereits eine sehr erfahrene Pflegemutter und hat bereits vor 20 Jahren angefangen Kurzzeitpflegekinder aufzunehmen. Wenig später nahm sie dann ihren ersten Pflegesohn in Langzeitpflege auf. Frau G. erzählt: „ (...) und habe im Rahmen dessen sehr viele Pflegekinder gehabt. Ich glaube 42 in den acht, neun Jahren. Und zum Schluss habe ich dann einige behalten.“

Zwischenzeitlich hat sich Frau G. von ihrem ersten Ehemann getrennt. Sie nahm drei der vier Pflegekinder alleinerziehend auf. Heute leben zwei Pflegeöchter bei ihr. Die jüngere ist sechs Jahre, kam als Baby und sie hat keine Behinderung. Die ältere Pflegeochter, um die es im gemeinsamen Gespräch gehen soll ist heute 13 Jahre alt. Sie kam mit Familie G., als sie sieben Jahre alt war. Frau G. war zu diesem Zeitpunkt 50 Jahre. Die Pflegeochter lebt nun bereits seit sechs Jahren bei Frau G., die mittlerweile wieder verheiratet ist. Frau G. ist jetzt 56 Jahre alt.

### ***Beschreibung der Behinderung aus Elternsicht***

Die Behinderung ihrer Pflegeochter beschreibt Frau G. wie folgt: „FAS bestätigt mit massiven Sprachstörungen. Die geistige Behinderung haben wir im SPZ

feststellen lassen mit einem grenzwertigen IQ hin zur Lernbehinderung.“ Und weiter: „Aber sie, die Mutter, die sieht auch aus, als hat sie eine Schädigung. Und ich glaube das es FAS in der zweiten Generation ist.“ Die Großeltern seien ganz starke Alkoholiker, beide Eltern L-Schüler, auch mit Heimkarrieren und „das beides zusammen gab dann fünf Kinder“. Die Eltern seien vollkommen überfordert gewesen; fünf Kinder in so kurzer Zeit. Die Kinder hätten keine Struktur, keinen Tagesablauf gehabt, kein richtiges Essen, keine Wärme. Und die Kinder „sind alle immer mehr behindert. Aber so sind sie nun, so haben wir sie und so nehmen wir sie auch an.“

### **(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung**

Frau G. beschreibt, dass der Wunsch, ein Pflegekind aufzunehmen bereits etwa zwanzig Jahre zurückgeht. Damals war sie noch mit ihrem ersten Mann verheiratet: „Und entschlossen haben wir uns dazu, wir haben eine leibliche Tochter, und ich hatte eine sehr sehr schwere Geburt und wir wollten gerne ein zweites Kind. Da haben wir uns überlegt, wenn nicht ein eigenes, warum kann nicht auch ein anderes dann bei uns groß werden. Und so sind wir dann zu einem Pflegekind gekommen. Allerdings ein anderes, wie wir uns das vorgestellt hatten. (...) Wir sind da sehr blauäugig in die Sache herein gerutscht (...)“. An die Entscheidung, die heute 13jährige aufzunehmen, erinnert sich Frau G.: „Na von mir (ging der Wunsch aus), ich war ja alleinerziehend, also von mir. Das war ein ruhiges, niedliches Mädchen und ich hatte durch das vorherige Pflegekind ein unheimlich gutes Gefühl dabei, dass ich sie aufnahm und das Zusammenleben mit einem behinderten Kind und mit genau diesem Mädchen das war eigentlich ganz klasse.“

### **(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme**

Von ihrer Pflegetochter wusste Familie G. zum Zeitpunkt der Aufnahme wenig. Sie erzählt: „Ja und nein. Eine Behinderung ja. Sie hatte massive Sprachprobleme, man konnte sie gar nicht verstehen. Ihre ersten Worte waren Margarine und Fleischsalat. Das wollte sie essen und da sie immer nur auf das zeigte, da habe ich mir gesagt, so geht das nicht“. Und weiter: „Über ihre Behinderung wusste ich gar nichts. Mir wurde sie vorgestellt, als ein siebenjähriges Mädchen, das in ein Sprachheilinternat

*geht, das zur L-Schule geht, also eine Lernbehinderung hat und sonst nichts. Dass sie noch vier Geschwister hat (...) der Vater die älteren Mädchen missbraucht hat.“*

### **(3) Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben**

Frau C. erzählt, in Bezug auf ihr emotionales Erleben: *„Sie kam (...) und ich dachte, die ist ja niedlich. Ein viertel Jahr, halbes Jahr später fand ich sie nicht mehr niedlich, da war sie einfach nur auffällig. Aber ich mochte sie so, wobei es danach natürlich auch in unseren Kämpfen aufeinander zu auch Situationen gab, wo ich (...) hätte den Koffer nehmen können, ihre Sachen packen können und sie wegbringen können. Ohne mit der Wimper zu zucken. Das wäre gegangen, weil sie mich oftmals bis an meine Schmerzgrenze erreicht, also das schafft sie wunderbar.“* In der weiteren Entwicklung erzählt Frau G.: *„Damals habe ich mich blenden lassen. Ja, dann habe ich sie kennen gelernt und sie hat geklaut, sie war auffällig ohne Ende, die hat glaube ich das ganze Repertoire durch, was man alles negativ machen kann hat sie durch. Und ich habe ihr dann jedes Mal gesagt, du kannst dich hier noch so schlimm benehmen, du gehst nicht ins Heim, du bleibst hier“.*

### **(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“**

Auf die Frage nach den mütterlichen Gefühlen für ihre Pflege Tochter bestätigt Frau G.: *„Ja, ja.“* Und weiter: *„Also, ja. Am Anfang war es natürlich eine andere Situation. Sie kam in die Notaufnahme. Das ist bei mir so und wenn man ein Notaufnahmekind bringt, dann hat dieses Kind einen Rucksack zu tragen, aber ich kann dann das Repertoire abrufen. So, was mache ich. Ich kontrolliere, ich brauche Daten, ich brauche Fakten für meine Akten. Ich kontrolliere das Kind, ob sie irgendwelche Insekten mitgebracht hat, irgendwelche Verletzungen, Hämatome oder irgendwelche Auffälligkeiten, Hautauffälligkeiten, Verhaltens-auffälligkeiten, das Miteinander. Alles das wird dann abgerufen und ja, dass ich jetzt alle Kinder sofort in mein Herz schließe, das kann ich jetzt auch nicht sagen. Aber sie, sie war niedlich.“* *„Man kann das so sagen, es gibt Kinder die ich nicht mag, die könnte ich auch nicht in den Arm nehmen. Es gibt auch Kinder, die will ich hier nicht sehen, weil ich sie einfach nicht mag. Da komme ich gar nicht erst in die Situation, sie in den Arm nehmen zu müssen und es gibt Kinder, die kann ich auch so in den Arm nehmen und trösten. Und so ist das. Und wenn man ganz kleine Kinder bekommt, das ist natürlich*

*ganz klar, die schließt man sofort ins Herz. Das geht ja sowieso über den Körperkontakt. Meine Pflegetochter die war ja nun schon größer, das ging langsamer. Langsamer als bei meiner anderen Pflegetochter, die ich mit fünf Wochen bekommen habe. Da knuddelt und knutscht man den ganzen Tag mit rum. Aber mit einem siebenjährigen Mädchen, dass sich immer abwehrt und sich ekelig schüttelt, wenn man sie einmal in den Arm nimmt. Und ihr war es nicht von Anfang an klar, dass sie in Dauerpflege geht. Sie wollte ja immer zurück zu ihren Eltern.“*

*Zur Elternschaft und in Bezug darauf, dass sie als Pflegemutter ‚Mama‘ genannt wird, fügt Frau G. hinzu: „Also, für mich ist das beides gleich, ich wähle da oder das (bezogen auf die Bezeichnung Mama). Das ist beides gleich. Aber das ändert nichts an der Tatsache, dass ich für meine Kinder etwas bewirken will und hinter meinen Kindern stehe. Da mache ich keine Unterschiede.“*

#### **(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegetochter)**

Auf die Frage, welche Bindung Frau A. zu ihrer Pflegetochter hat, erzählt Frau G. ganz entspannt: *„Eine enge Bindung. Ich freu mich, wenn sie mal weg ist, das muss ich mal ganz ehrlich gestehen, aber ich freue mich auch, wenn sie wieder da ist. sie fehlt ja doch dann.“*

## **8. Ergebnisdarstellung und generalisierende Analyse**

Im siebten Kapitel wurden die Interviews nach dem zusammenfassenden inhaltsanalytischen Ablaufmodell ausgewertet. Die verschiedenen Aussagen wurden den einzelnen Kategorien des Kategoriensystems zugeordnet. Im folgenden Kapitel werden nun die Ergebnisse im ersten Schritt vergleichend betrachtet. In einem zweiten Schritt werden die Ergebnisse in Richtung der Kategorien des Kategoriensystems interpretiert. Im Anschluss an die Einzelanalysen wird nun das gesamte Datenmaterial generalisiert (vgl. Lamnek 2005, S. 404). Ziel der generalisierenden Analyse ist es, neben der Ergebnisdarstellung auch Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Einzelanalysen heraus zuarbeiten und darzustellen. Kapitel 8.1 widmet sich der vergleichenden Betrachtung der erhobenen Daten zum persönlichen Profil der Pflegekinder und Kapitel 8.2 der vergleichenden Betrachtung der erhobenen Daten zum persönlichen Profil der Pflegeeltern. In Kapitel 8.3 werden die erhobenen Daten zusammengeführt und anhand der Auswahlkriterien zusammenfassend dargestellt.

### **8.1 Vergleichende Betrachtung: Persönliches Profil der Pflegekinder**

Im Rahmen der Interviews wurden sieben Pflegefamilien befragt, die zusammen zu insgesamt zehn Pflegekindern Auskunft gegeben haben. In den Familie A., Familie D. und Familie E. lebten zum Zeitpunkt des Interviews zwei Pflegekinder mit geistiger Behinderung im Rahmen der Vollzeitpflege. In den weiteren Familien B., C., F. und G. lebte zum Zeitpunkt des Interviews ein Pflegekind mit geistiger Behinderung im Rahmen der Vollzeitpflege.

In der folgenden Abbildung (Abb. 20) sind in Bezug auf die befragten Pflegefamilien das Alter des Pflegekindes zum Zeitpunkt der Aufnahme, sowie das Alter des Pflegekindes zum Zeitpunkt des Interviews dargestellt. Daraus ergeben sich jeweils Aussagen zur Dauer des Aufenthaltes des Pflegekindes in der jeweiligen Pflegefamilie.

Nr.	Zuordnung zur Familie	Alter des Pflegekindes zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Pflegefamilie	Alter des Pflegekindes zum Zeitpunkt des Interviews	Dauer des Aufenthaltes in der Pflegefamilie	Geschlecht des Pflegekindes
1	Familie A.	2 Monate	16 Jahre	16 Jahre	männlich
2	Familie A.	6 Monate	4 Jahre	4 Jahre	weiblich
3	Familie B.	12 Monate	2 Jahre	1 Jahr	weiblich
4	Familie C.	13 Monate	7 Jahre	6 Jahre	weiblich
5	Familie D.	6 Monate	16 Jahre	16 Jahre	männlich
6	Familie D.	54 Monate	13 Jahre	9 Jahre	weiblich
7	Familie E.	13 Monate	14 Jahre	13 Jahre	männlich
8	Familie E.	66 Monate	10 Jahre	5 Jahre	weiblich
9	Familie F.	12 Monate	11 Jahre	10 Jahre	männlich
10	Familie G.	85 Monate	13 Jahre	6 Jahre	weiblich
errechneter Durchschnitt:		<b>ca. 2,2 Jahre</b>	<b>ca. 10,6 Jahre</b>	<b>ca. 8,6 Jahre</b>	6x weiblich 4 x männlich

**Abbildung 20 Darstellung der Interviewergebnisse mit den Merkmalen Alter der Pflegekinder und Verweildauer in der Pflegefamilie (eigene Darstellung)**

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Pflegefamilie waren die Kinder im Durchschnitt ca. 2,2 Jahre alt. Drei der Pflegekinder waren zwei bis sechs Monate; vier der Pflegekinder waren 12 und 13 Monate alt. Drei der Pflegekinder waren älter als vier Jahre (4,5 Jahre; 5,5 Jahre und 7,1 Jahre alt). Dies bedeutet, dass über zwei Drittel der Pflegekinder der Stichprobe (7 von 10 Kindern) bei Aufnahme in die Pflegefamilie 13 Monate und jünger waren (2 Mal 13 Monate; 2 Mal 12 Monate, 2 Mal 6 Monate und 1 Mal 2 Monate alt). Zum Zeitpunkt des Interviews waren die Pflegekinder im Durchschnitt ca. 10,6 Jahre alt. Drei Pflegekinder waren 2, 4 und 7 Jahren alt. Alle weiteren Pflegekinder waren bereits 10 Jahre oder älter (1 Mal 10 Jahre; 1 Mal 11 Jahr; 2 Mal 13 Jahre, 1 Mal 14 Jahre und 2 Mal 16 Jahre alt). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Pflegekinder zum Interviewzeitpunkt insgesamt, mit Ausnahme der Pflegetochter der Familie B. (1 Jahr in der Pflegefamilie), bereits im Durchschnitt ca. 8,6 Jahre in der Pflegefamilie lebten. Ein Pflegekind der Familie A. lebte unter 5 Jahre (4 Jahre) und vier Kinder lebten länger als 5 Jahre bis 10 Jahre in der Pflegefamilie (in Familie E. 5 Jahre; in Familie

C. und G. 6 Jahre; in Familie D. 9 Jahre und in Familie F. 10 Jahre). Der Pflegesohn der Familie E. lebte zum Erhebungszeitpunkt schon 13 Jahre in der Pflegefamilie; die Pflegesöhne der Familie A. und D. sogar jeweils 16 Jahre.

In Korrelation zum Geschlecht der Pflegekinder fällt bei der vorhandenen Stichprobe auf, dass die männlichen Pflegekinder mit einer Verweildauer von Durchschnittlich ca. 13,75 Jahren (2 Mal 16 Jahre; 1 Mal 13 Jahre und 1 Mal 10 Jahre) bereits länger in den Pflegefamilien lebten, als die weiblichen Pflegekinder mit einer durchschnittlichen Dauer von ca. 5,1 Jahre (1 Mal 9 Jahre; 2 Mal 6 Jahre; 1 Mal 5 Jahre; 1 Mal 4 Jahre und 1 Mal 1 Jahr).

Die folgende Abbildung (Abb. 21) gibt Aufschluss über den Aufenthaltsort des Pflegekindes vor der Aufnahme in die Pflegefamilie.

Nr.	Zuordnung zur Familie	Aufenthaltort vor der Aufnahme in die Pflegefamilie
1	Familie A.	Herkunftsfamilie
2	Familie A.	Kinderklinik
3	Familie B.	Kinderklinik
4	Familie C.	Kurzzeitpflege
5	Familie D.	Kinderklinik
6	Familie D.	Einrichtung
7	Familie E.	Einrichtung
8	Familie E.	Kurzzeitpflege
9	Familie F.	Kurzzeitpflege
10	Familie G.	Einrichtung

**Abbildung 21 Aufenthaltsort des Pflegekindes vor der Aufnahme in die Pflegefamilie (eigene Darstellung)**

In Bezug auf den Aufenthaltsort vor der Aufnahme in die Pflegefamilie bestätigen sich anhand der Stichprobe die Vergleichsdaten anderer Studien (vgl. Thrum 2007; Statistisches Bundesamt 2016). So zeigen aktuelle Zahlen (vgl. ebenda), dass Kinder in Sonderpflege nur mit einem Prozentsatz von 42,97% vor der Hilfe im Haushalt der Eltern, eines Elternteils oder des Sorgeberechtigten gelebt haben. Die



Zahlen der vorliegenden Stichprobe machen deutlich, dass es hierbei einen signifikanten Unterschied gibt. Lediglich ein Pflegekind ist direkt aus der Herkunftsfamilie in die Pflegefamilie übergegangen. Drei Kinder befanden sich in Kurzzeitpflege, drei weitere in einer Einrichtung und nochmals drei weitere Kinder waren im Vorfeld in der Kinderklinik. Dies macht deutlich, dass Pflegekinder mit (geistiger) Behinderung im Gegensatz zu anderen Pflegekindern vor Aufnahme in eine Pflegefamilie bereits mindestens einen weiteren Aufenthaltsort hatten, als die Herkunftsfamilie, insbesondere bestätigt sich dies mit einem möglichen Aufenthalt in einer Kinderklinik, in einer Kurzzeitpflegestelle oder in einer weiteren Einrichtung.

## **8.2 Vergleichende Betrachtung: Persönliches Profil der Pflegefamilien**

Im Rahmen der empirischen Untersuchung wurden leitfadengestützte Interviews mit sieben Pflegemüttern durchgeführt. Bereits in der Phase der Gewinnung der Interviewpartner stellte sich heraus, dass diese Interviews ausschließlich mit den Pflegemüttern geführt werden. Begründung finden kann dies in der Tatsache, dass die Interviews, von den Pflegemüttern gewünscht, im Zeitraum des frühen Nachmittags bis frühen Abends stattgefunden haben. Zu diesem Zeitpunkt waren alle Pflegeväter aufgrund ihrer Erwerbstätigkeit noch nicht von der Arbeit zu Hause. Auch zeichnet sich durchgängig eine klassische Rollenverteilung ab in Bezug auf die alleinige Erwerbstätigkeit des Pflegevaters und die Position der Pflegemutter, die für die Versorgung von Kindern und Haushalt zuständig ist. In allen befragten Pflegefamilien gehen damit nur die Männer einer außerhäuslichen Erwerbstätigkeit nach.

Die folgende Abbildung (Abb. 21) zeigt eine Darstellung der Interviewergebnisse bezogen auf die Merkmale Alter und Familienstand der Pflegeeltern sowohl zum Zeitpunkt der Aufnahme des Pflegekindes in die Familie, als auch zum Zeitpunkt des geführten Interviews.

Nr.	Zuordnung zur Familie	Alter der Pflegeeltern bei der Aufnahme in Jahren		Alter der Pflegeeltern zum Zeitpunkt des Interviews in Jahren		Familienstand	
		Pflege-mutter	Pflege-vater	Pflege-mutter	Pflege-vater	bei Auf-nahme	zum Inter-viewzeit-punkt
1	Familie A.	32	-	48	-	ledig verheiratet	geschieden
2	Familie A.	43	45	48	-		geschieden
3	Familie B.	38	39	39	40	verheiratet	verheiratet
4	Familie C.	40	42	46	48	verheiratet	verheiratet
5	Familie D.	34	38	50	54	verheiratet verheiratet	verheiratet
6	Familie D.	40	44	50	54		verheiratet
7	Familie E.	38	39	49	50	verheiratet verheiratet	verheiratet
8	Familie E.	44	45	49	50		verheiratet
9	Familie F.	37	37	47	47	verheiratet	verheiratet
10	Familie G.	50	-	56	-	geschieden	verheiratet
errechneter Durchschnitt:		<b>39,6</b>	<b>41,1</b>	<b>48,2</b>	<b>49,0</b>		

**Abbildung 22 Darstellung der Interviewergebnisse mit den Merkmalen Alter und Familienstand der Pflegeeltern (eigene Darstellung)**

Bei der Aufnahme des jeweiligen Pflegekindes waren die Pflegeeltern im Schnitt ca. 40 Jahre alt. Die Pflegemütter bewegten sich in einem Altersspektrum von 32 bis 50 Jahren. Die Pflegeväter waren zum Zeitpunkt der Aufnahme zwischen 37 und 45 Jahre alt. Zum Zeitpunkt des Interviews waren die Pflegemütter im Durchschnitt ca. 48,2 Jahre alt. Sie bewegten sich damit in einem Altersspektrum von 39 bis 56 Jahren. Die Pflegeväter waren im Durchschnitt 49 Jahre alt und in einer Altersspanne von 40 bis 54 Jahren angesiedelt.

Bei der Betrachtung des Familienstandes war erkennbar, dass bei acht von zehn Aufnahmen in die Pflegefamilie der Familienstand verheiratet war. Eine Pflegemutter war zu diesem Zeitpunkt ledig und eine weitere geschieden. Zum Zeitpunkt des Interviews waren fünf der Pflegeelternpaare auch weiterhin verheiratet, eine Pflegemutter war wieder verheiratet und eine weitere Pflegemutter war geschieden.

Die folgende Abbildung (Abb. 23) zeigt eine Darstellung der Interviewergebnisse mit den Merkmalen leibliche Kinder; Alter der leiblichen Kinder; weitere Kinder und Alter der weiteren Kinder in der Pflegefamilie.

\*zum Zeitpunkt des Interviews

Nr.	Zuordnung zur Familie	leibliche Kinder in der Familie	Alter der leiblichen Kinder* in Jahren		weitere Pflegekinder in der Familie	Alter der weiteren Pflegekinder* in Jahren
1	Familie A.	ja	12	22	ja	5
2	Familie A.	ja	12	22	ja	16
3	Familie B.	ja (adoptiert)	5	-	nein	-
4	Familie C.	ja	15	18	nein	-
5	Familie D.	ja	20	22	ja	13
6	Familie D.	ja	20	22	ja	16
7	Familie E.	ja	21	25	ja	10
8	Familie E.	ja	21	25	ja	14
9	Familie F.	nein	-	-	nein	-
10	Familie G.	ja	25	-	ja	6

**Abbildung 23 Darstellung der Interviewergebnisse mit den Merkmalen leibliche Kinder; Alter der leiblichen Kinder; weitere Kinder und Alter der weiteren Kinder in der Pflegefamilie (eigene Darstellung)**

Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist erkennbar, dass in fünf von sieben Pflegefamilien weitere ein bis zwei leibliche Kinder vorhanden sind. Eine Pflegefamilie hat ein Kind adoptiert; eine weitere war kinderlos. Die leiblichen Kinder der Pflegefamilien sind zwischen 12 und 25 Jahre alt. In vier der sieben Pflegefamilien lebt zudem ein weiteres Pflegekind. Die weiteren Pflegekinder sind zwischen 5 und 16 Jahre alt. Dies bedeutet das Dreiviertel der Pflegefamilien mindestens ein weiteres leibliches Kind hat und das mehr als die Hälfte der Pflegefamilien noch ein weiteres Pflegekind hat.

Bei der Betrachtung der erhobenen Daten, auch anhand der transkribierten Interviews bestätigen sich durch die vorhandene Stichprobe vorliegende Studien (vgl. Thrum 2007; Statistisches Bundesamt 2016), die bereits im 3. Kapitel Erwähnung fanden. Diese Annahme bezieht sich auf die Zusammensetzung der Familien, die wirtschaftliche Situation in Bezug auf die materiellen Ressourcen.

### **8.3 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse anhand der Auswahlkriterien**

Im nächsten Schritt erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse aus den Interviews. Diese werden anhand der Auswahlkriterien zugeordnet. Die Auswahlkriterien umfassen aus der Perspektive der Pflegeeltern die Kernpunkte: Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit einer (geistigen) Behinderung; Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme; Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben; Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ sowie Bindung zum Pflegekind.

Im Folgenden kommen die Pflegemütter durch ihre Aussagen selbst zu Wort. Die Aussagen der Pflegemütter werden wortwörtlich zitiert; dabei erscheinen in Klammern die Zuweisungen zur jeweiligen Familie sowie eine Zeilenangabe zur Fundstelle im Interview.

#### **8.3.1 Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung**

***„Und da habe ich ja dazu gesagt, weil mir das so einen Spaß gemacht hat. Also, zu Hause zu sein, zu Hause zu arbeiten. Diese Mischung aus Familie und Beruf, das fand ich total toll“. (Familie A., Z 41 bis 45)***

***„Aber für uns war es klar. In dem Moment war es einfach klar. Und wir hätten auch sonst keine Auswahl gehabt, hätten wir ein Kind bekommen können auf natürlichem Wege.“ (Familie B., Z 102 bis 105)***

***„Und das ich das noch einmal wollte. Ich wollte noch einmal einem behinderten Kind ein zu Hause geben und hatte mich dann speziell für ein schwerbehindertes Kind beworben.“ (Familie A., Z 46 bis 48)***

Im Folgenden soll das Auswahlkriterium „Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit einer (geistigen) Behinderung“ anhand der Aussagen der Pflegemütter in den Interviews dargestellt werden. Bereits in Kapitel 3.3.3 wurde auf die Motivation von Pflegeeltern zur Aufnahme eines Pflegekindes im Allgemeinen eingegangen. Dabei wurden vielfältigste Gründe für die Motivation, ein Pflegekind in die eigene Familie aufzunehmen, ausgemacht.

Ein Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit einer (geistigen) Behinderung verdeutlicht sich in den Aussagen:

***„Verknüpfung Familie, Beruf, Arbeit zu Hause“***

*„Und da habe ich ja dazu gesagt, weil mir das so einen Spaß gemacht hat. Also, zu Hause zu sein, zu Hause zu arbeiten. Diese Mischung aus Familie und Beruf, das fand ich total toll“. (Familie A., Z 41 bis 45)*

*„Aber dieses Familiäre, zu Hause zu sein, Interesse an Erziehung, an Sozialarbeit und diese Kinder zu fördern. Mir hat es alles sehr viel Spaß gemacht und dieses Hintergrundwissen, dass ich mir dann auch aneignen musste, diese Kreise in denen ich dann auf einmal unterwegs war. (...) Und das hat mir gefallen.“ (Familie A., Z. 53 bis 59)*

*„Und dann habe ich zuerst nur für mich überlegt, ob das vielleicht auch eine Aufgabe für mich ist, weil ich wollte irgendwas machen, ich wollte aber auch zu Hause bleiben bei meinen Kindern (...). Das war einfach so für mich das Ding, dass ich zu Hause bleiben wollte und ich wollte früher auch schon immer mit Kindern arbeiten.“ (Familie E., Z 48 bis 51)*

Die Verknüpfung von Familie, Beruf und der Arbeit zu Hause macht damit eine Perspektive der Motivation aus, ein Pflegekind in die Familie aufzunehmen. Dabei steht im Mittelpunkt, von zu Hause arbeiten zu können und damit Familie und Beruf zu verbinden, aber auch zu Hause bleiben zu können, um die eigenen Kinder mit zu versorgen. Das Interesse am Tätigkeitsfeld der Erziehung und daran, mit Kindern zu arbeiten spielt ebenfalls eine bedeutende Rolle.

Ein weiterer Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit einer (geistigen) Behinderung verdeutlicht sich in den Aussagen:

***„Bewerbung um ein Pflegekind mit Behinderung/ bewusste Entscheidung/ gezielt motiviert“***

*„Und das ich das noch einmal wollte. Ich wollte noch einmal einem behinderten Kind ein zu Hause geben und hatte mich dann speziell für ein schwerbehindertes Kind beworben.“ (Familie A., Z 46 bis 48)*

*„ (...) wie gesagt, da hatten wir überlegt, auch ein behindertes Kind wieder aufzunehmen. Wieder mit Down-Syndrom (...).“ (Familie B., Z 46 bis 47)*

*„Aber für uns war es klar. In dem Moment war es einfach klar. Und wir hätten auch sonst keine Auswahl gehabt, hätten wir ein Kind bekommen können auf natürlichem Wege.“ (Familie B., Z 102 bis 105)*

*„Ja, und als dann unsere Pflege Tochter (...) dann kam, dann war es dann sehr bewusst, dass wir gesagt haben, ja bitte Down-Syndrom, bitte Trisomie 21. Einfach weil wir gesagt haben zum einen, dass kennen wir, wir wissen, was auf uns zukommt. Ähm, wir wissen gar nicht, ob wir den Weg hätten gehen können, ohne Behinderung.“ (Familie B., Z 106 bis 109)*

*„Es war viel gezielter. Also, es war klar, dass wir ein Mädchen wollten. (...) also wenn ein Mädchen, dann nur eins mit Down-Syndrom.“ (Familie D., Z 105 bis 110)*

*„Und bei ihr (bezogen auf die Pflege Tochter“ war die Motivation eigentlich, dass wir gerne noch ein Kind mit Down-Syndrom aufnehmen wollten, weil wir halt durch die Down-Syndrom Gruppe oder durch Therapien viele Menschen mit Down-Syndrom kennen gelernt haben, die uns unheimlich gut gefielen und wir dachten, ja so ein Mädels hätten wir gerne noch. Ja.“ (Familie D., Z 135 bis 139)*

*„Also bei ihr (bezogen auf die Pflege Tochter) ist es schon bewusst passiert.“ (Familie E., Z 75 bis 77)*

Die diesem Schwerpunkt zugeordneten Aussagen machen deutlich, dass es sich um überwiegend gezielte Bewerbungen um ein Pflegekind mit (geistiger) Behinderung handelte und sich Pflegefamilien insbesondere für ein Kind mit Behinderung beworben haben, wie die Aussage: *„speziell für ein schwerbehindertes Kind beworben.“* aufzeigt. Die Aussagen *„das noch einmal“* sowie *„wieder aufnehmen“* machen deutlich, dass einige Pflegefamilien bereits ein Pflegekind mit einer Behinderung hatten und motiviert waren, ein weiteres Kind mit einer Behinderung aufnehmen. Die Aussagen *„dann war es schon sehr bewusst“* sowie *„es ist schon bewusst passiert“* verdeutlichen, dass es sich um bewusste Entscheidungen handelte und dass die Pflegeeltern gezielt motiviert waren, wie die Aussage *„es war viel gezielter“* verdeutlicht. Es fällt auch auf, dass Pflegeeltern motiviert waren, ein weiteres Pflegekind mit demselben Behinderungsbild des vorher aufgenommenen Kindes erneut aufnehmen. Dies machen die Aussagen: *„... wieder aufnehmen. Wieder mit Down-Syndrom“*; *„... dann war es dann sehr bewusst, dass wir gesagt haben, ja bitte Down-Syndrom (...) dass kennen wir, wir*

wissen, was auf uns zukommt.“ Und „... dass wir gerne noch ein Kind mit Down-Syndrom aufnehmen wollten“ deutlich.

Ein weiterer Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit einer (geistigen) Behinderung verdeutlicht sich in den Aussagen:

***„Offenheit von Anfang an/ Klarheit ein weiteres Kind aufzunehmen/ ein weiteres Kind kann mit in der Familie leben/ Zufriedenheit der Familien“***

*„Wir sind da relativ offen ran gegangen.“ (Familie C., Z 76)*

*„Wir haben immer überlegt, ein weiteres Kind und irgendwann war es dann klar“. (Familie B., Z 36 bis 37)*

*„Also eigentlich haben wir gedacht, Mensch es geht uns gut. Also das, was so ganz viele sagen. Unserer Familie geht's gut. Wir fühlen uns wohl. Eigentlich könnte hier ruhig noch ein weiteres Kind mit leben.“ (Familie C., Z 68 bis 70)*

*„Eigentlich (...) war es schon, bevor wir eigene Kinder hatten klar, also wir haben immer gesagt, wir wollen eigene Kinder haben und dann gerne ein Kind adoptieren (...).“ (Familie D., Z 59-63)*

*„Wir standen mitten im Leben. Mit den Kindern, unseren leiblichen klappte alles gut. Die waren alle einverstanden damit.“ (Familie E., Z 66 bis 67)*

Die diesem Schwerpunkt zugeordneten Aussagen zeigen eine große Offenheit der Pflegeeltern auf. Dies zeigt sich in der Aussage: *„Wir sind da relativ offen ran gegangen“*. Die Aussagen der Pflegemütter sind ebenfalls von einer sehr großen Klarheit gekennzeichnet, dass es schon, mitunter seit einem langen Zeitraum, klar war, ein (weiteres) Pflegekind aufzunehmen. Dies zeigen die Aussagen: *„Wir haben immer überlegt, ein weiteres Kind und irgendwann war es dann klar“* und *„Eigentlich (...) war es schon, bevor wir eigene Kinder hatten klar...“*. Auch die Aspekte, dass ein weiteres Kind mit in der Familie leben kann, dass es der Familie gut geht im Sinne einer Zufriedenheit kommt an dieser Stelle deutlich zum Tragen. Dies zeigen die Textstellen: *„Unserer Familie geht's gut. Wir fühlen uns wohl. Eigentlich könnte hier ruhig noch ein weiteres Kind mit leben.“* Und *„Wir standen mitten im Leben. Mit den Kindern, unseren leiblichen klappte alles gut...“*.

Ein Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit einer (geistigen) Behinderung verdeutlicht sich in den Aussagen:

***„etwas Gutes tun/ Kindern helfen“***

*„Und wir möchten gerne einem anderen Kind etwas Gutes tun und waren eigentlich beide der Meinung. Also ich wüsste gar nicht, das es von einem mehr oder von dem anderen mehr ist.“ (Familie D., Z. 65 bis 67)*

*„Weil es so viele Kinder ohne Eltern gibt, die nicht gewünscht sind und wir da einfach Lust darauf hatten und dachten, dass wir das wohl können.“ (Familie D., Z 72 bis 73)*

*„Kindern zu helfen, die vernachlässigt wurden. Der Junge kam aus einer Einrichtung, war schon von zu Hause weg gewesen. Wir wollten einfach nur Kindern helfen, mit Kindern arbeiten.“ (Familie E., Z 59 bis 61)*

Die dem Schwerpunkt *„etwas Gutes tun/ Kindern helfen“* zugeordneten Aussagen verdeutlichen die Motivation von Pflegeeltern, aktiv etwas tun zu wollen. Dies spiegeln die Aussagen: *„Und wir möchten gerne einem anderen Kind etwas Gutes tun“* sowie *„Wir wollten einfach nur Kindern helfen,...“* deutlich wieder. Auch die reale Ausgangslage wird thematisiert: *„Weil es so viele Kinder ohne Eltern gibt, die nicht gewünscht sind und wir da einfach Lust darauf hatten ...“*. Die Aussage: *„ ... dachten, dass wir das wohl können.“* zeichnet ein Selbstbewusstsein der Pflegefamilie ab, welches weit über das, sich etwas zuzutrauen hinaus geht.

Ein Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit einer (geistigen) Behinderung verdeutlicht sich in den Aussagen:

***„Kinderwunsch/ eigentlich Wunsch nach Adoption“***

*„Ja, eigentlich wollten wir ein Kind adoptieren.“ (Familie F., Z 34 bis 35)*

*„Die Adoption war eigentlich unser Ziel, aber nur weil ich Angst hatte, dass man uns das Pflegekind wieder wegnimmt nach kurzer Zeit. Das hätte ich nicht so gekonnt. Wir wollten eine Familie und nicht immer wieder verschiedene Pflegekinder für kurze Zeit, das wollten wir nicht.“ (Familie F, Z 47 bis 50)*

*„Und wir hätten auch sonst keine Auswahl gehabt, hätten wir ein Kind bekomme können auf natürlichem Wege.“ (Familie B., Z 102 bis 105)*



*„Da haben wir uns überlegt, wenn nicht ein eigenes, warum kann nicht auch ein anderes dann bei uns groß werden. Und so sind wir dann zu einem Pflegekind gekommen.“ (Familie G., Z 21 bis 29)*

Die dem Schwerpunkt *„Kinderwunsch/ eigentlich Wunsch nach Adoption“* zugeordneten Aussagen verdeutlichen, dass die Aufnahme eines Pflegekindes mitunter auch durch einen bestehenden Kinderwunsch motiviert sein konnte. Dabei lässt sich anhand der Aussagen nicht klar abgrenzen, ob ein Kinderwunsch bestand aus der Tatsache, medizinisch bedingt keine Kinder bekommen zu können oder motiviert war durch den Wunsch, einfach noch ein weiteres Kind zu haben. Erkennbar sind jedoch die folgenden Aussagen: *„... hätten wir ein Kind bekommen können auf natürlichem Wege.“* Sowie *„... wenn nicht ein eigenes, warum kann nicht auch ein anderes dann bei uns groß werden.“*. Der ursprüngliche Wunsch, ein Kind adoptieren zu wollen verdeutlicht sich in den Aussagen: *„Ja, eigentlich wollten wir ein Kind adoptieren.“* und *„Die Adoption war eigentlich unser Ziel,...“*. In den Aussagen der Pflegemütter finden sich auch Begründungen für diesen Wunsch nach Adoption wieder. Dies verdeutlichen die Textstellen: *„... aber nur weil ich Angst hatte, dass man uns das Pflegekind wieder wegnimmt nach kurzer Zeit. Das hätte ich nicht so gekonnt.“*

Ein weiterer Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit einer (geistigen) Behinderung verdeutlicht sich in den Aussagen:

***„andere Familien mit Pflegekindern erlebt“***

*„Diese Geschichte haben wir uns angeguckt und es war einfach nur toll, was die da abgeleistet haben. Einfach nur toll. Und dann habe ich zuerst nur für mich überlegt, ob dies vielleicht eine Aufgabe für mich ist.“ (Familie E., Z 43 bis 45)*

Die dem Schwerpunkt *„andere Familien mit Pflegekindern erlebt“* zugeordnete Aussage steht für eine aus einem Beispiel erwachsene Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes. Auch wenn hierbei die Frage offen bleibt, wie weit der Grad der Auseinandersetzung mit der Thematik war erwächst daraus die Erkenntnis, dass das beispielhafte Erleben und Erfahren der Möglichkeiten motivierend für

zukünftige Pflegeeltern sein kann. Dies zeigt die Aussage: *„Diese Geschichte haben wir uns angeguckt und es war einfach nur toll, was die da abgeleistet haben.“*

Zusammenfassend lässt sich die Annahme generieren, dass Pflegeeltern, die vor der Aufnahme eines Kindes in ihre Familie bereits von der Behinderung des Kindes wussten, vor diesem Hintergrund geplant und zielgerichtet motiviert handeln. Die Aussagen der Pflegemütter zeigen ganz deutlich auf, dass die Gründe für die Aufnahme eines Pflegekindes (mit geistiger Behinderung) sehr vielfältig sein können und das hierbei keinesfalls von einer motivational homogenen Gruppe von Pflegepersonen die Rede ist. Dies zeigt auch auf, dass die Motivation von Pflegeeltern nicht auf einzelne Faktoren zu reduzieren ist, sondern sie spiegelt immer ein Gesamtbild aus bewusster Auseinandersetzung, Befindlichkeiten und Emotionen sowie familiärer Umstände wieder.

### **8.3.2 Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme**

***„Also, ich hatte Einsicht in alle Krankenakten und ich wusste, dass das ein schwerstmehrfachbehindertes Kind ist.“ (Familie A., Z 91 bis 92)***

***„Über ihre Behinderung wusste ich gar nichts.“ (Familie G., Z 171 bis 172)***

***„Das hat man uns schon mit auf den Weg gegeben, dass eine Beeinträchtigung sein kann. Aber was letztlich daraus kommt, das hat keiner gewusst und da hat uns auch nicht jemand vorbereitet.“ (Familie E., Z 73 bis 75)***

Im Folgenden soll das Auswahlkriterium *„Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme“* anhand der Aussagen der Pflegemütter in den Interviews dargestellt werden.

Ein Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme verdeutlicht sich in der Aussage:

#### ***„Wissen um die (geistige) Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme“***

***„Bei ihr wusste ich das ja, weil ich mich ja genau dafür beworben habe.“  
(Familie A., Z 67)***

*„Also, ich hatte Einsicht in alle Krankenakten und ich wusste, dass das ein schwerstmehrfachbehindertes Kind ist.“ (Familie A., Z 91 bis 92)*

*„Da wusste ich nur, da ist ein Kind mit Down-Syndrom. Und dann hatte ich mich halt gekümmert. Und daraufhin habe ich dann mehr erfahren (...). Dass sie das Down-Syndrom hat. Dass sie aber keine weiteren Herzfehler ecetera oder ähnliches hat. Die Sachen sind mir dann direkt mitgeteilt wurden. Direkt beim ersten Gespräch. Noch bevor wir die Kleine gesehen haben. (...) Das war alles schon vorher klar.“ (Familie B., Z 76 bis 83)*

*„Also, wir wussten, dass er das Down- Syndrom hat. Wir wussten, dass er nicht selber essen konnte. Er hatte ja damals eine Nasen-Sonde. Er war ein extremes Frühchen. Das war bekannt. Dass die Lungen nicht gut entwickelt waren. Und es war bekannt (...), es hieß eigentlich die Lebenserwartung beträgt eigentlich nicht mehr als ein Jahr. Also, das war uns über die Behinderung bekannt.“ (Familie D., Z 95 bis 100)*

*„Sie war ja schon älter mit vier Jahren: Down-Syndrom und Herzfehler und sie konnte nicht sprechen. Ansonsten relativ gut entwickelt. Nicht so gut gefördert halt.“ (Familie D., Z 100 bis 102)*

*„Wobei man bei dem Mädchen uns schon darauf vorbereitet hat, dass wohl eine geistige Behinderung da ist. Also bei ihr ist es schon bewusst passiert.“ (Familie E., Z 75 bis 77)*

*„Ja, wir wussten, dass da eine Behinderung ist, eine massive Vernachlässigung ist. Sprachstörung sowieso, sie hat überhaupt gar nicht gesprochen als sie zu uns kam. Sie konnte überhaupt gar keine Worte finden. (...) man sieht ihr das auch an, dass sie behindert ist und man sieht ihr das auch an (...).“ (Familie E., Z 117 bis 138)*

Die dem Schwerpunkt zugeordneten Aussagen der Pflegemütter machen deutlich, dass zum Teil ein sehr großes Vorwissen um die vorhandene Behinderung des Pflegekindes vorhanden war. Dies zeigt sich insbesondere in der Aussage: *„Bei ihr wusste ich das ja, weil ich mich ja genau dafür beworben habe.“* und *„Also, ich hatte Einsicht in alle Krankenakten und ich wusste, dass das ein schwerstmehrfachbehindertes Kind ist.“* Weitere Aussagen beziehen sich bereits von Anfang an auf die Kenntnis einer Diagnose: *„Da wusste ich nur, da ist ein Kind mit Down-Syndrom.“*, *„Also, wir wussten, dass er das Down- Syndrom hat.“* und *„Down-Syndrom und Herzfehler und sie konnte nicht sprechen.“*. Darüber hinaus waren zum Teil auch weitere Informationen zur Behinderung und deren Erscheinungsbild bei den

Pflegeeltern bekannt. Weitere Aussagen bestärken die Tatsache, dass einige Pflegeeltern bereits im Vorfeld von einer Behinderung wussten. Dies zeigen Aussagen, wie: *„Wobei man bei dem Mädchen uns schon darauf vorbereitet hat, dass wohl eine geistige Behinderung da ist.“*; *„Ja, wir wussten, dass da eine Behinderung ist.“* sowie *„man sieht ihr das auch an, dass sie behindert ist.“*

Ein weiterer Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Ausnahme verdeutlicht sich in der Aussage:

***„Unwissenheit um die (geistige) Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme“***

*„Bei ihm wusste ich das überhaupt nicht. Das war ein sieben Monate alter Säugling und das wusste auch kein anderer, das hat einfach keiner geahnt, obwohl die Eltern auch leicht geistig behindert sind. Das hätte man erahnen können“* (Familie A., Z 62 bis 64)

*„(...) und ansonsten, ja, einen ganz flachen Hinterkopf hatte sie, also fast nach innen gedrückt. Vom auf dem Rücken liegen. Das war alles, was einem ins Auge sprang, ansonsten war da nichts weiter auffällig. Also, das man hätte sagen können das lässt sich auf eine Behinderung schließen.“* (Familie C., Z 114 bis 118)

*„Bei unserem Jungen ja, da haben wir gar nichts gewusst. Nein, bei ihm nein. Da ... nein, da wussten wir nicht, dass er eine Behinderung hat.“* (Familie E., Z 155 bis 156)

*„Nein, in keiner Weise. Er galt als entwicklungsverzögert. Das war aber eigentlich auch verständlich. Er lebte schon mehrere Monate in der Notpflege (...). Wenn sich niemand um ein Kind kümmert, dann kann es sich nicht entwickeln. Ich habe halt gedacht, dass ist das Kleinere. Das bekommen wir schon hin.“* (Familie F., Z 59 bis 64)

*„Über ihre Behinderung wusste ich gar nichts. Mir wurde sie vorgestellt, als ein siebenjähriges Mädchen, das in ein Sprachheilinternat geht (...) und sonst nichts.“* (Familie G., Z 171 bis 172)

Der Gruppe der Pflegeeltern, die bereits zum Zeitpunkt der Inpflegenahme von der Behinderung ihres Pflegekindes wussten, stellt sich die Gruppe der Pflegeeltern

entgegen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme des Pflegekindes nichts von einer Behinderung wussten. Dies machen Aussagen, wie: *„Bei ihm wusste ich das überhaupt nicht. ... und das wusste auch kein anderer, das hat einfach keiner geahnt“*; *„... ansonsten war da nichts weiter auffällig. Also, das man hätte sagen können das lässt sich auf eine Behinderung schließen.“*; *„Bei unserem Jungen ja, da haben wir gar nichts gewusst. Nein, bei ihm nein. Da ... nein, da wussten wir nicht, dass er eine Behinderung hat.“*; *„Nein, in keiner Weise“* sowie *„Über ihre Behinderung wusste ich gar nichts.“* deutlich. An dieser Stelle kann davon ausgegangen werden, dass im Rahmen der Studie lediglich bei der Hälfte der Pflegekinder eine Behinderung bekannt war.

Ein weiterer Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Ausnahme verdeutlicht sich in der Aussage:

***„wenig Wissen um eine Behinderung/ es geahnt haben“***

*„Wenig (...) letztendlich war immer die Hoffnung, dass sie ein eigenständiges Leben führen kann. Ja, wie gesagt beim Einjährigen Kind. Sie konnte nicht krabbeln, nicht frei sitzen, sie hat nichts in den Mund gesteckt.“* (Familie C., Z 105 bis 107)

*„Wir wussten ja, (...) dass sie eben diese starken Verzögerungen hat, in der Motorik und das sie mit ihrer Mutter in einer Einrichtung gelebt hat.“* (Familie C., Z 149 bis 150)

*„Das hat man uns schon mit auf den Weg gegeben, dass eine Beeinträchtigung sein kann. Aber was letztlich daraus kommt, das hat keiner gewusst und da hat uns auch nicht jemand vorbereitet.“* (Familie E., Z 73 bis 75)

*„Nun, man konnte natürlich nicht sehen, wie weit das denn ausgeprägt ist alles. Und wie weit denn eine Schädigung stattgefunden hat, ob nun geistige Behinderung oder auch Vernachlässigung oder Missbrauch. Alles haben wir nicht gewusst, aber die geistige Behinderung haben wir gesehen.“* (Familie E., Z 78 bis 81)

*„Wir haben dieses gelbe Untersuchungsheft. Da war mir erst gar nicht klar, was dieses Wort Abusus bedeutet. Jetzt weiß ich es halt (...). Was da noch genau mit ihm war, wir wissen es nicht.“* (Familie F., Z 104 bis 108)

*„Ja und nein. Eine Behinderung ja. Sie hatte massive Sprachprobleme, man konnte sie gar nicht verstehen (...).“ (Familie G., Z. 107 bis 108)*

Der Gruppe der Pflegeeltern, die bereits zum Zeitpunkt der Inpflegenahme von der Behinderung ihres Pflegekindes wussten, stellt sich die Gruppe der Pflegeeltern entgegen, die nur wenig Wissen um eine Behinderung des Pflegekindes hatten, bzw. diejenigen, die etwas von einer Behinderung geahnt haben. Die Pflegemütter formulierten dies so: *„Wenig (...) letztendlich war immer die Hoffnung, dass sie ein eigenständiges Leben führen kann“; „Nun, man konnte natürlich nicht sehen, wie weit das denn ausgeprägt ist alles. Und wie weit denn eine Schädigung stattgefunden hat, ob nun geistige Behinderung...“; „Was da noch genau mit ihm war, wir wissen es nicht.“; „Wir wussten ja, (...) dass sie eben diese starken Verzögerungen hat,“* sowie *„Das hat man uns schon mit auf den Weg gegeben, dass eine Beeinträchtigung sein kann. Besonders die Aussage: „Ja und nein.“* Spiegelt eine Perspektive von Pflegeeltern wieder, die stark zwischen Unwissenheit und Ahnung schwankt.

Ein weiterer Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Ausnahme verdeutlicht sich in der Aussage:

***„später von der Behinderung erfahren“***

*„Das kam dann erst mit der Zeit heraus, dass da eine schwere Behinderung vorlag.“ (Familie A., Z 64 bis 65)*

*„Wobei wir dann trotzdem lange nicht mitbekommen haben, dass da irgendwelche Beeinträchtigungen sind. (...) Da hat man auch nichts wirklich von der Behinderung festgestellt, auch nicht von dem FAS. Das kam dann erst später.“ (Familie E., Z 90 bis 97)*

*„Das kam alles so nach und nach. Ich muss in der gleichen Klinik gewesen sein, wo er schon einmal behandelt wurde.“ (Familie F., Z 94 bis 99)*

Die Pflegemütter, die zum Zeitpunkt der Aufnahme ihres Pflegekindes nicht von einer Behinderung wussten, sind zudem diejenigen, die erst später von einer solchen Behinderung erfahren haben. Sind Pflegekinder zum Zeitpunkt der Inpflegenahme noch sehr jung, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine mögliche

(geistige) Behinderung anfangs entweder verborgen bleibt oder einfach weder zu erkennen noch zu diagnostizieren ist. Erkennbar sind dann lediglich die offensichtlichen Behinderungsbilder, wie beispielsweise das Down Syndrom. Aus den Aussagen der befragten Pflegemütter lassen sich folgende Aussagen zusammen: *„Das kam dann erst mit der Zeit heraus, dass da eine schwere Behinderung vorlag.“; „Wobei wir dann trotzdem lange nicht mitbekommen haben, dass da irgendwelche Beeinträchtigungen sind.“; „Da hat man auch nichts wirklich von der Behinderung festgestellt,...“.* sowie *„Das kam alles so nach und nach.“*

### **8.3.3 Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben**

***„Ich sehe immer erst, das ist mein Kind. Und nicht, erst ist die Behinderung. (...) Aber nein, in erster Linie war es einfach nur das Baby.“*** (Familie A., Z 188 bis 191)

***„Es war schon absehbar, dass es alles langsamer laufen wird. (...) also ich muss ganz ehrlich sagen am Anfang macht man es sich nicht wirklich bewusst, was das wirklich bedeutet. Man wächst da rein. (...).“*** (Familie C., Z 362 bis 366)

***„Aber ausgegrenzt fühlen wir uns nicht. Aber ich fühle mich anders, wenn ich mit ihm durch die Straßen gehe (...).“*** (Familie F., Z 477 bis 481)

Im Folgenden soll das Auswahlkriterium *„Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben“* anhand der Aussagen der Pflegemütter in den Interviews dargestellt werden.

Ein Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben der Pflegeeltern verdeutlicht sich in der Aussage:

***„Behinderung hat keine Bedeutung in Bezug auf das emotionale Erleben“***

***„Im Grunde genommen, nein. Es war einfach ein Baby, was in die Familie kommt.“*** (Familie B., Z 187 bis 188)

***„Ich sehe immer erst, das ist mein Kind. Und nicht, erst ist die Behinderung. Obwohl die natürlich immer im Kopf ist, weil man sich immer darum***

*kümmern muss. Aber nein, in erster Linie war es einfach nur das Baby.“*  
(Familie A., Z 188 bis 191)

*„Nein, eigentlich nicht. Das kann ich nicht sagen. Ich habe eigentlich damals gar nicht über die Behinderung nachgedacht. Es ging bei ihm eigentlich damals ums Überleben in dieser Phase. Es war einfach immer nur der Kampf, dass er am Leben bleibt und über die Behinderung (...) hat man eigentlich gar nicht so sehr nachgedacht.“* (Familie D., Z 165 bis 169)

*„Also ich finde fast, dass es bei ihm eine weniger starke Rolle spielt, obwohl er ja stärker behindert ist, ist es aber so, dass er ja in seiner Welt lebt und man zwar die Pflege macht und so und alles und er ist gut zufrieden in seiner Welt (...).“* (Familie D., Z 363 bis 369)

*„(...) diese Zuwendung, die fehlte komplett, das war auch völlig deutlich. Ähm, dieser flache Kopf, das soll daher rühren, dass sie eben nur gelegen hat (...). Sie hatte keine Ansprache, keine Zuwendung. Ähm, ich denke auch, dass ist meine Vermutung, das so auf weinen und so wenig reagiert wurde, weil sie das hier kaum gezeigt hat. Also, wenn sie im Bett war, dann war still. Das war eigentlich beängstigend und unnatürlich.“* (Familie C., Z 165 bis 172)

*„Es war schon absehbar, dass es alles langsamer laufen wird. (...) also ich muss ganz ehrlich sagen am Anfang macht man es sich nicht wirklich bewusst, was das wirklich bedeutet. Man wächst da rein. Und ich denke, dadurch, dass sie so klein war, (...) sind wir auch wirklich ganz langsam da rein gewachsen.“*  
(Familie C., Z 362 bis 366)

*„Und das war total interessant. Also, ihn zu begreifen, in allen Bereichen. Auch die Ablehnung, die so von der Bevölkerung kommt. Die Hilfe, die Unterstützung die kommt (...). Ja, das war ein ganz anderes Leben auf einmal. Das war plötzlich nicht einfach nur Tupperparties, sondern das war Physiotherapie. Also, ich fand das toll. Ich fand das toll, dass mich das wirklich motiviert hat (...).““* (Familie A., Z 320 bis 326)

*„Also, das war das, wo ich mich beruflich und familiär noch ausleben konnte. Und das ist alles nur passiert, weil er mir ins Haus geschneit ist, ja.“* (Familie A., Z 327 bis 329)

*„Nein, nicht eine wirkliche Rolle. Aber wir haben natürlich schon überlegt, schaffen wir das? Ja, kriegen wir das hin? Ist es das, was wir sehen (...). Doch aber, es war keine Angst da, es war einfach noch einmal so ein in sich hinein hören, Mensch, schaffen wir das. Kriegen wir das hin? Aber wenn, müssen wir alle das zusammen hinkriegen. Denn alleine weiß ich nicht, ob ich das schaffe, so in der Richtung, ja.“* (Familie E., Z 297 bis 304)



Bei der Betrachtung der Aussagen der Pflegemütter finden sich vielfältige und auch sich immer wieder wiederholende Aussagen darüber, dass die Behinderung des aufgenommenen Pflegekindes keine Bedeutung in Bezug auf das emotionale Erleben der Pflegeeltern habe. Aussagen wie: *„Im Grunde genommen, nein. Es war einfach ein Baby, was in die Familie kommt.“*; *„(...) Ich sehe immer erst, das ist mein Kind. Und nicht, erst ist die Behinderung.“* sowie *„Nein, eigentlich nicht. Das kann ich nicht sagen. Ich habe eigentlich damals gar nicht über die Behinderung nachgedacht.“* machen dies deutlich. Eine weitere Aussage macht auch deutlich, dass die Pflegefamilie einen realistischen Blick auf das hatte, was da auf sie zukam: *„Es war schon absehbar, dass es alles langsamer laufen wird. (...) also ich muss ganz ehrlich sagen am Anfang macht man es sich nicht wirklich bewusst, was das wirklich bedeutet. Man wächst da rein. Und ich denke, dadurch, dass sie so klein war, (...) sind wir auch wirklich ganz langsam da rein gewachsen.“* Eine weitere Pflegemutter spricht auch von einer Art Faszination, ihren Pflegesohn zu begreifen: *„Und das war total interessant. Also, ihn zu begreifen, in allen Bereichen.“* Eine weitere Pflegemutter beschreibt, dass die Behinderung keine Rolle spielte, aber dennoch die Frage im Raum stand, ob alles zu schaffen und zu leisten ist: *„Nein, nicht eine wirkliche Rolle. Aber wir haben natürlich schon überlegt, schaffen wir das? Ja, kriegen wir das hin?“*.

Ein weiterer Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Bedeutung der Behinderung, auch in Bezug auf das emotionale Erleben der Pflegeeltern verdeutlicht sich in der Aussage:

***„Behinderung hat eine Bedeutung in Bezug auf das emotionale Erleben“***

*„Und bei unserer Pflegetochter, da spielt der Bereich Behinderung eine viel größere Rolle. Weil sie sehr grenzlastig ist (...). (Familie D., Z 369 bis 371)*

*„Ja, dann kam alles anders. (...) Denn ich war eigentlich nur zehn Tage mit ihm zu Hause, ich bin dann gleich ins Krankenhaus gefahren, weil ich gemerkt habe, das da irgendwas nicht in Ordnung ist (...).“ (Familie F., Z 146 bis 153)*

*„Er hatte alle Anfälle, die man sich vorstellen konnte. (...) alles was man sich vorstellen kann.(...) das war heftig. Nach Hause gefahren bin ich in der Zeit nicht.“ (Familie F., Z 163 bis 168)*

*„Die Diagnose kam am 23. Dezember 2005 (...) Und für mich war das so, ich wusste, was das heißt. (...) Dann bin ich nach Hause gefahren (...) und ich voll am Ende.“ (Familie F., Z 186 bis 193)*

*„Es kam so eins nach dem anderen und Gott sei Dank sehr langsam auf uns zu (...). Das kam alles in Etappen glücklicherweise, denn so auf einem Schlag hätte ich das nicht so gebrauchen können. Und jetzt ist es so, dass wir ihn so akzeptieren, wie er ist.“ (Familie F., Z 216 bis 219)*

*„Aber ausgegrenzt fühlen wir uns nicht. Aber ich fühle mich anders, wenn ich mit ihm durch die Straßen gehe (...).“ (Familie F., Z 477 bis 481)*

*„Sie kam und ich dachte, die ist ja niedlich. Ein viertel Jahr später fand ich sie nicht mehr niedlich, da war sie einfach nur auffällig. Aber ich mochte sie so, wobei es danach natürlich auch in unseren Kämpfen aufeinander zu auch Situationen gab, wo ich (...) hätte den Koffer nehmen können, ihre Sachen packen können und sie wegbringen können. Ohne mit der Wimper zu zucken. Das wäre gegangen, weil sie mich oftmals bis an meine Schmerzgrenze erreicht, also das schafft sie wunderbar.“ (Familie G., Z 318 bis 328)*

*„Damals habe ich mich blenden lassen. Ja, dann habe ich sie kennen gelernt und sie hat geklaut, sie war auffällig ohne Ende, die hat glaube ich das ganze Repertoire durch, was man alles negativ machen kann hat sie durch. Und ich habe ihr dann jedes Mal gesagt, du kannst dich hier noch so schlimm benehmen, du gehst nicht ins Heim, du bleibst hier.“ (Familie G., Z 331 bis 335)*

Betrachtet man die Aussagen der Pflegemütter werden Aussagen deutlich, die ganz klar spiegeln, dass die vorliegende Behinderung eine Bedeutung für das emotionale Erleben der Pflegeeltern hat.

Dieses belastende emotionale Erleben zeigt sich auch im Erleben und Erfahren der Krankheit, bzw. der Behinderung, die durchaus auch eigene Grenzen und Entbehrungen widerspiegeln: *„Er hatte alle Anfälle, die man sich vorstellen konnte. (...) alles was man sich vorstellen kann. (...) das war heftig. Nach Hause gefahren bin ich in der Zeit nicht.“* und *„Die Diagnose kam am 23. Dezember 2005 (...) Und für mich war das so, ich wusste, was das heißt. (...) Dann bin ich nach Hause gefahren (...) und ich voll am Ende.“* Und auch daran, dass das Leben mit einem Pflegekind mit Behinderung mitunter anders als geplant verlief: *„Ja, dann kam alles anders. (...) Denn ich war eigentlich nur zehn Tage mit ihm zu Hause, ich bin dann gleich ins*

*Krankenhaus gefahren, weil ich gemerkt habe, das da irgendwas nicht in Ordnung ist (...).“ Letztendlich spiegeln die Aussagen aber auch, dass langsam ein fortlaufender Prozess der Annahme der Behinderung abgelaufen ist: „Es kam so eins nach dem anderen und Gott sei Dank sehr langsam auf uns zu (...). Das kam alles in Etappen glücklicherweise, denn so auf einem Schlag hätte ich das nicht so gebrauchen können. Und jetzt ist es so, dass wir ihn so akzeptieren, wie er ist.“ Eine Pflegemutter beschreibt auch, dass es ihrer Pflegetochter auch gelingt, sie emotional und körperlich bis an die Belastungs- und Schmerzgrenze zu bringen: „... weil sie mich oftmals bis an meine Schmerzgrenze erreicht, also das schafft sie wunderbar.“*

Eine Bedeutung hat das Thema „Behinderung“ jedoch auch da, wo offensichtlich wird, dass das Leben mit einem schwerstmehrfach-behinderten Kind, auch eine emotionale Belastung für die Pflegeeltern darstellen kann: *„Aber ausgegrenzt fühlen wir uns nicht. Aber ich fühle mich anders, wenn ich mit ihm durch die Straßen gehe (...).“*

#### **8.3.4 Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“**

***„Ja, eigentlich von Anfang an. Das war nie fremd. Ich habe auch erst gedacht, vielleicht ist das komisch, das war nie fremd und das ist auch so geblieben.“ (Familie F., Z 393 bis 396)***

***„Das war im Krankenhaus (...), in der Kinderklinik (...) und wie die Augen uns so angeblinzelt haben, da war es klar, dass das unser Kind ist, das war eigentlich vom ersten Augenblick an klar. (...) (Familie D., Z 144 bis 149)***

***„Freude, ja Freude. Und voll auch noch einmal dieses Muttergefühl, noch einmal darin aufzugehen in dieser Rolle, Kindern zu helfen.“ (Familie E., S. 288 bis 189)***

Im Folgenden soll das Auswahlkriterium „Elternschaft – Erleben von ‚mütterlichen Gefühlen‘ der Pflegeeltern“ anhand der Aussagen der Pflegemütter in den Interviews dargestellt werden.

Ein Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Elternschaft und das Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ der Pflegeeltern verdeutlicht sich in der Aussage:

***„Erleben von mütterlichen Gefühlen“***

*„Für mich stand die ganze Zeit fest, das ist mein Kind. Die nehme ich auf jeden Fall.“* (Familie A., Z 418 bis 419)

*„Also, ich habe mich unglaublich schnell verliebt. Das war glaube ich dadurch das schon vorher eine sehr gute Abklärung war, das ist ein Dauerpflegekind.“* (Familie A., Z 436)

*„Es war von Anfang an einfach alles gut. Es war von Anfang an absolut unser Kind.“* (Familie B., Z 155 bis 156)

*„Wir haben im Bekanntenkreis zum Beispiel Einen, der sagt oh Gott, wie kann man überhaupt ein angenommenes Kind (...) so lieben. Ich sage dann immer ja, Liebe ist nicht messbar. Und wenn es so wäre dann vielleicht sogar mehr. Weil man weiß, dass es so etwas Besonderes ist, das man es bekommen hat.“* (Familie B., Z 156 bis 162)

*„Ja, ne es (Muttergefühl) war absolut von Anfang an, bei mir bestimmt noch mehr als bei meinem Mann. Bei meinem Mann glaub ich, dass das erst noch ein bisschen wachsen musste. Aber bei mir war es vom ersten Moment an da.“* (Familie B., Z 161 bis 163)

*„Ja, es ist natürlich mehr geworden. Aber es (das Muttergefühl) war von Anfang an da.“* (Familie B., Z 177 bis 178)

*„Ja, sehr schnell auf jeden Fall. Als sie hier bei uns war ja.“* (Familie C., Z 648)

*„(...) das war, also sie war einfach so schutzbedürftig, glaube ich. Das ist so (...) das hat alles so leicht gemacht – und klar mit dem Kindchen-Schema (...)da ist man ganz schnell dann so emotional berührt.“* (Familie C., S. 652 bis 655)

*„Dann kam sie und es passte und es war so, wie alle es sich gewünscht haben.“* (Familie C., Z 659)

*„Das war im Krankenhaus (...), in der Kinderklinik und wir waren da hinter der Scheibe und da wurde er uns hochgehalten von der Krankenschwester und*

*wie die Augen uns so angeblinzelt haben, da war es klar, dass das unser Kind ist, das war eigentlich vom ersten Augenblick an klar. Mein Mann und ich wir brauchten da gar nicht mehr drüber reden, das war völlig klar. Ja, so war das (...).“ (Familie D., Z 144 bis 149)*

*„Ja, eigentlich von Anfang an. Liebe auf den ersten Blick.“ (Familie D., Z 163)*

*„Also, ich empfinde gar keinen Unterschied zwischen meinen leiblichen Kindern und den angenommenen Kindern. Es wird einem ja oft vorgeworfen oder mal erwähnt. (...) Aber ich persönlich habe nicht das Gefühl das ich anders für sie empfinde, sondern schon direkt von Anfang an, bei beiden war das so, wie gesagt (...) Liebe auf den ersten Blick.“ (Familie D., Z 174 bis 180)*

*„Bei ihr sicher eine andere Begegnung aber auch direkt klar, dass sie das ist die in unsere Familie noch gehört. Und sicher wächst dann mit der Zeit auch noch was, aber das wächst ja auch bei leiblichen Kindern (...). Und so hat sich das auch verändert und entwickelt. Ich fühle mich eigentlich für alle vier Kinder als Mutter im gleichen Sinne.“ (Familie d., Z 180 bis 186)*

*„Freude, ja Freude. Und voll auch noch einmal dieses Muttergefühl, noch einmal darin aufzugehen in dieser Rolle, Kindern zu helfen.“ (Familie E., S. 288 bis 189)*

*„Ja doch. Doch, das denke ich schon. Dadurch das unsere Pflegetochter auch sehr distanzlos war, so zum Kuscheln kam hatten wir da keine Probleme, da bekam man einfach Muttergefühle.“ (Familie E., Z 293 bis 295)*

*„Freude, ich weiß Freude war da, doch. Auch als wir hingefahren sind zum ersten Kontakt, so ein Kribbeln irgendwie, so ein aufregendes Gefühl, was kommt jetzt, ich freu mich.“ (Familie E., Z 308 bis 310)*

*„Ja doch, da fühle ich mich als Mutter und so werde ich ja auch betitelt, so werde ich auch angenommen. Sie weiß schon, dass ich nicht ihre leibliche Mutter bin (...). Also, dass weiß sie schon, das kann sie auch unterscheiden, aber sie hat von Anfang an gleich Mama gesagt (...).“ (Familie E., Z 312 bis 318)*

*„Also, wir sind mit der Jugendamtsmitarbeiterin in der Notpflegfamilie und da öffnet so ein kleines Mädchen die Tür. Dann sind wir weiter geführt wurden und dann hat man uns ihn gezeigt. Er konnte schon stehen und stand dann schielend mit ganz vielen Locken an diesem Gitter und dann war es um mich passiert und ich habe gedacht, der ist es. Ich wusste sofort, den nehme ich mit (...).“ (Familie F., Z 122 bis 138)*

*„Ja, eigentlich von Anfang an. Das war nie fremd. Ich habe auch erst gedacht, vielleicht ist das komisch, das war nie fremd und das ist auch so geblieben.“ (Familie F., Z 393 bis 396)*

*„Ja, ja. Also, ja. Am Anfang war es natürlich eine andere Situation. Sie kam in die Notaufnahme. (...) und ja, dass ich jetzt alle Kinder sofort in mein Herz schließe, das kann ich jetzt auch nichtsagen. Aber sie, sie war niedlich.“ (Familie G., Z 347 bis 358)*

Bereits an der Vielfalt der Aussagen lässt sich die Bedeutung der Elternschaft, insbesondere der Mutterschaft im Ausdruck der als „mütterlich“ erlebten Gefühle erkennen. Ganz deutlich formulierten die Pflegemütter dabei das Anerkennen des Kindes, als ihr Kind: *„Für mich stand die ganze Zeit fest, das ist mein Kind. Die nehme ich auf jeden Fall.“*; *„Es war von Anfang an einfach alles gut.“* sowie *„Das war im Krankenhaus (...), und wie die Augen uns so angeblinzelt haben, da war es klar, dass das unser Kind ist, das war eigentlich vom ersten Augenblick an klar. Mein Mann und ich wir brauchten da gar nicht mehr drüber reden, das war völlig klar. Ja, so war das (...).“* Und weiter: *„Es war von Anfang an absolut unser Kind.“*

Besonders deutlich wird auch die immer wieder auftretende und unterschiedlich formulierte Äußerung der Pflegemütter in Richtung *„Liebe auf den ersten Blick“*: *„(...) Aber ich persönlich habe nicht das Gefühl das ich anders für sie empfinde, sondern schon direkt von Anfang an, bei beiden war das so, wie gesagt (...) Liebe auf den ersten Blick.“* und *„Ja, eigentlich von Anfang an. Liebe auf den ersten Blick.“* sowie *„(...) und dann war es um mich passiert und ich habe gedacht, der ist es. Ich wusste sofort, den nehme ich mit (...).“* und *„Also, ich habe mich unglaublich schnell verliebt. Das war glaube ich dadurch das schon vorher eine sehr gute Abklärung war,*

*das ist ein Dauerpflegekind.“ und „Dann kam sie und es passte und es war so, wie alle es sich gewünscht haben.“*

Auch das wahrnehmen der eigenen Gefühle als Muttergefühl wird vielfältig als erlebt beschrieben: *„Freude, ja Freude. Und voll auch noch einmal dieses Muttergefühl, noch einmal darin aufzugehen in dieser Rolle, (...).“; „Ja doch. Doch, das denke ich schon. (...) da bekam man einfach Muttergefühle.“* sowie *„Freude, ich weiß Freude war da, doch. Auch als wir hingefahren sind zum ersten Kontakt, so ein Kribbeln irgendwie, so ein aufregendes Gefühl, was kommt jetzt, ich freu mich.“* und *„Ja doch, da fühle ich mich als Mutter und so werde ich ja auch betitelt, so werde ich auch angenommen. (...)“* und *„Ja, eigentlich von Anfang an. Das war nie fremd. Ich habe auch erst gedacht, vielleicht ist das komisch, das war nie fremd und das ist auch so geblieben.“* und *„Ja, sehr schnell auf jeden Fall. Als sie hier bei uns war ja.“*

Auch dass die mütterlichen Gefühle, auch wenn diese von Anfang an vorhanden waren, sich weiter verändert haben wird vielfach beschrieben. Gerade auch in der Formulierung, dass diese mehr geworden sind: *„Ja, es ist natürlich mehr geworden. Aber es (das Muttergefühl) war von Anfang an da.“* und *„Ja, ne es (Muttergefühl) war absolut von Anfang an, bei mir bestimmt noch mehr als bei meinem Mann. Bei meinem Mann glaub ich, dass das erst noch ein bisschen wachsen musste. Aber bei mir war es vom ersten Moment an da.“* und *„Bei ihr sicher eine andere Begegnung aber auch direkt klar, dass sie das ist die in unsere Familie noch gehört. Und sicher wächst dann mit der Zeit auch noch was, aber das wächst ja auch bei leiblichen Kindern (...). Und so hat sich das auch verändert und entwickelt.“*

Eingebracht wird durch die Pflegemütter auch der Bezug zum Empfinden im Vergleich zu leiblichen Kindern: *„Ich fühle mich eigentlich für alle vier Kinder als Mutter im gleichen Sinne.“* und *„Also, ich empfinde gar keinen Unterschied zwischen meinen leiblichen Kindern und den angenommenen Kindern.“*

Eindrucksvoll ist auch diese Äußerung einer Pflegemutter, die in besonderer Weise das Erleben von Elternschaft und Muttergefühl spiegelt: *„Ich sage dann immer ja, Liebe ist nicht messbar. Und wenn es so wäre dann vielleicht sogar mehr. Weil man weiß, dass es so etwas Besonderes ist, das man es bekommen hat.“*

Ein weiterer Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Elternschaft und das Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ der Pflegeeltern verdeutlicht sich in der Aussage:

***„unter Vorbehalt/ ambivalentes Empfinden“***

*„Mh, ich habe sie (die mütterlichen Gefühle) versucht, so unter Vorbehalt zu halten.“ (Familie A., Z 267)*

*„Das war so ein hin und her. Dieses loslassen müssen und dann ist wieder was schief gegangen und dann konnte ich ihn wieder so lieb haben, wie eine Mutter ein Kind lieb hat.“ (Familie A., Z 269)*

*„Also, es war immer auch schon so eine doppelte Mutterschaft für mich. Schon die leibliche Mutter mit ins Boot holen. Ja, und die Mutterrolle zu leben, die Muttergefühle zu haben. Ja, aber ich bin Pflegemutter (...).“ (Familie A., Z 296 bis 298)*

*„(...) also Mama sagt er bis heute nicht. Er sagt manchmal so ein ‚ama‘. Das sagt er zu seiner leiblichen Mutter genauso, wie zu mir.“ (Familie A., Z 294 – 296)*

*„Also da (in der Mutter-Kind-Einrichtung), da war eher Mitleid. Wie gesagt, das Ganze, wenn man sie gesehen hat. Der Raum und dieses Würmchen darin und alles so grau in grau und traurig und trostlos. Aber hier bei uns war das ganz schnell. Also, sie hat ganz schnell dazu gehört.“ (Familie C., Z 648 bis 652)*

*„Ja, bei ihm auch schon mehr, als bei unserer Pflegetochter. Gut, er brauchte ja auch mehr. Er war ja noch das Pamperskind, er konnte ja weder krabbeln noch sonst irgendwas (...).“ (Familie E., Z 434 bis 437)*

*„Aber es ist doch eine ein bisschen andere Bindung als zu unserer Tochter. Ich denke mal, es liegt einfach daran, dass er Baby war als er gekommen ist und sie tatsächlich schon auf ihren eigenen Beinen hier reingegangen ist, denke ich mal. Natürlich habe ich beide gleich lieb, aber doch, es ist, ich kann es einfach gar nicht beschreiben, es ist etwas anders. Noch mehr Mutter für ihn denke ich mal, noch mehr Mutter.“ (Familie E., Z 460 bis 467)*

*„Also, für mich ist das beides gleich (bezogen auf die Bezeichnung Mama). Das ist beides gleich. Aber das ändert nichts an der Tatsache, dass ich für meine Kinder etwas bewirken will und hinter meinen Kindern stehe. Da mache ich keine Unterschiede.“ (Familie G., Z 402 bis 405)*



Aber auch ambivalente Gefühle in Bezug auf das Erleben von Elternschaft und Muttergefühlen werden von den Pflegemüttern beschrieben. Dies war gerade auch dann der Fall, wenn Pflegekinder vorerst in Kurzzeitpflege für nur einen bestimmten oder auch ungewissen Zeitraum in der Pflegefamilie verweilen sollten. In diesen Beispielen wird deutlich, dass die Pflegemütter versuchten, ihre Muttergefühle unter Vorbehalt zu halten: *„Mh, ich habe sie (die mütterlichen Gefühle) versucht, so unter Vorbehalt zu halten.“* und *„Das war so ein hin und her. Dieses loslassen müssen und dann ist wieder was schief gegangen und dann konnte ich ihn wieder so lieb haben, wie eine Mutter ein Kind lieb hat.“*

Ein weiterer Schwerpunkt lässt sich erkennen in Bezug darauf, dass Pflegemütter beschreiben, dass der Übergang jüngerer Kinder in Bezug auf das Erleben mütterlicher Gefühle sich anders vollzog: *„Aber es ist doch eine ein bisschen andere Bindung als zu unserer Tochter. Ich denke mal, es liegt einfach daran, dass er Baby war als er gekommen ist und sie tatsächlich schon auf ihren eigenen Beinen hier reingegangen ist, denke ich mal. Natürlich habe ich beide gleich lieb, aber doch, es ist, ich kann es einfach gar nicht beschreiben, es ist etwas anders. Noch mehr Mutter für ihn denke ich mal, noch mehr Mutter.“* und *„Ja, bei ihm auch schon mehr, als bei unserer Pflege Tochter. Gut, er brauchte ja auch mehr. Er war ja noch das Pamperskind, er konnte ja weder krabbeln noch sonst irgendwas (...).“*

Auch die Bedeutung der leiblichen Mutter wird von Pflegemüttern ins Gespräch gebracht: *„Also, es war immer auch schon so eine doppelte Mutterschaft für mich. Schon die leibliche Mutter mit ins Boot holen. Ja, und die Mutterrolle zu leben, die Muttergefühle zu haben. Ja, aber ich bin Pflegemutter (...).“* und *„(...) also Mama sagt er bis heute nicht. Er sagt manchmal so ein ‚ama‘. Das sagt er zu seiner leiblichen Mutter genauso, wie zu mir.“* sowie *„Also, für mich ist das beides gleich (bezogen auf die Bezeichnung Mama). Das ist beides gleich. Aber das ändert nichts an der Tatsache, dass ich für meine Kinder etwas bewirken will und hinter meinen Kindern stehe. Da mache ich keine Unterschiede.“*

### 8.3.5 Bindung zum Pflegekind

***„Also ich empfinde da gar keinen Unterschied zwischen meinen leiblichen und den angenommenen Kindern.“ (Familie D., Z. 174 bis 175)***

***„Ganz eng. Wirklich ganz eng.“ (Familie B., Z 219)***

***„Also, ich liebe dieses Kind, und er ist so wie er ist. Und gegenseitig ist das auch so. Also er und ich haben eine sehr intensive Bindung. Also wir reden miteinander ohne Worte. Man kann ja mit ihm nicht reden ....“ (Familie A., Z 337 bis 340)***

Im Folgenden soll das Auswahlkriterium „*Bindung zum Pflegekind*“ anhand der Aussagen der Pflegemütter in den Interviews dargestellt werden.

Ein Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Bindung der Pflegeeltern zum Pflegekind verdeutlicht sich in der Aussage:

#### ***„eine enge Bindung von Anfang an“***

***„(...), die ist sehr eng. Also, die ist sehr eng, weil einfach die meisten Leute ihn nicht haben wollen.“ (Familie B., Z 331 bis 332)***

***„Ja, ich kann jeden verstehen, der ihn nicht haben will, der ihn nicht mag. Das konfrontiert mich durch die Jahre immer wieder. Und trotzdem finde ich ihn toll.“ (Familie B., Z 335 bis 337)***

***„Also, ich liebe dieses Kind, und er ist so wie er ist. Und gegenseitig ist das auch so. Also er und ich haben eine sehr intensive Bindung. Also wir reden miteinander ohne Worte. Man kann ja mit ihm nicht reden ....“ (Familie A., Z 337 bis 340)***

***„Ganz eng. Wirklich ganz eng.“ (Familie B., Z 219)***

***„Ich konnte sie sofort auf den Arm nehmen und wir waren alle ganz überrascht, ich vor allem auch, dass es einfach passte.“ (Familie B., Z 136)***

***„Ja, ja. Selbst nach diesem Jahr ist es noch nicht so, dass ich sie bei anderen Erwachsenen allein lassen kann. Weil sie wirklich mich noch braucht. Das kann sie noch nicht.“ (Familie B., Z 221 bis 224)***

***„Sehr eng. Ganz eng.“ (Familie C., Z 715)***

*„Also ich empfinde da gar keinen Unterschied zwischen meinen leiblichen und den angenommenen Kindern.“ (Familie D., Z. 174 bis 175)*

*„Doch, die Bindung war schon enger. Ich wollte sie auch enger haben. Bloß er hat es zu Anfang gar nicht zugelassen. Er hat alles was blond war einfach ignoriert. Ich konnte mit ihm auch gar nicht kuscheln oder ihn auf meinen Schoß (...).“ (Familie E., Z 458 bis 467)*

*„Und dann habe ich dann halt die Beziehung extrem aufgebaut (in der Klinik) und mein Mann war zu Hause und musste arbeiten.“ (Familie F., Z 152 bis 153)*

*„Das ist heute noch so, dass beide (Vater und Sohn) ihre Knuddelzeit haben sonntags, da sitzt er auf Knien, guckt ihn an und zack ist er dann auf seinem Schoß. Das braucht er. Das ist immer. Er war von Anfang an unser.“ (Familie F., Z 398 bis 400)*

*„Nur ich denke die Bindung ist, dadurch das wir wirklich Tag und Nacht zusammen waren und diese Krankheit eben auch. Ich denke, wenn ich ein Pflegekind jetzt auch zehn Jahre hätte, was gesund ist, da wäre die Bindung auch da, aber ich könnte eher loslassen. Das denke ich schon. Aber er, er kann nicht sprechen, er kann niemanden sagen, was ihm weh tut. Ohne mich geht es einfach nicht. Ich versteh ihn ohne Worte. Das ist es. auch wenn es manchmal schwer ist, das kann man nicht. Ich bin auch manchmal am Ende und möchte einfach weg, aber das bringt ja nichts.“ (Familie F., Z 406 bis 414)*

*„Das Trauma war heftig, sie hat wirklich mit Tränen in den Augen und angsterfüllt geschrien, wenn eine laute Männerstimme zu hören war. Ja, da war sehr viel Angst in diesem Kind.“ (Familie A., Z 449 bis 450)*

*„Bei ihr hatte ich immer so das Gefühl, was ich ihr gebe, das bleibt in ihr drin. Jeder Kuss, jedes Knuddeln blieb einfach so in ihr drin. Das hat keiner mehr kaputt gemacht.“ (Familie A., Z 294 bis 296)*

In Bezug auf die Bindung zum Pflegekind beschreiben fast alle befragten Pflegemütter, dass diese von Anfang an sehr eng ist: *„(...), die ist sehr eng. Also, die ist sehr eng, weil einfach die meisten Leute ihn nicht haben wollen.“* und *„Also, ich liebe dieses Kind, und er ist so wie er ist. Und gegenseitig ist das auch so. Also er und ich haben eine sehr intensive Bindung. Also wir reden miteinander ohne Worte. Man kann ja mit ihm nicht reden ....“* sowie *„Ganz eng. Wirklich ganz eng.“* oder *„Sehr eng. Ganz eng.“*

Einige Pflegemütter beschreiben diese Bindung auch anhand von konkreten Beispielen: *„Ich konnte sie sofort auf den Arm nehmen und wir waren alle ganz überrascht, ich vor allem auch, dass es einfach passte.“* und *„Ja, ja. Selbst nach diesem Jahr ist es noch nicht so, dass ich sie bei anderen Erwachsenen allein lassen kann. Weil sie wirklich mich noch braucht. Das kann sie noch nicht.“* sowie *„Doch, die Bindung war schon enger. Ich wollte sie auch enger haben. Bloß er hat es zu Anfang gar nicht zugelassen. Er hat alles was blond war einfach ignoriert. Ich konnte mit ihm auch gar nicht kuscheln oder ihn auf meinen Schoß (...).“* und *„Das ist heute noch so, dass beide (Vater und Sohn) ihre Knuddelzeit haben sonntags, da sitzt er auf Knien, guckt ihn an und zack ist er dann auf seinem Schoß. Das braucht er. Das ist immer. Er war von Anfang an unser.“*

Das Vorhandensein einer engen Bindung wird dabei auch vielfach festgemacht an intensiv gemeinsam verbrachter Zeit: *„Und dann habe ich dann halt die Beziehung extrem aufgebaut (in der Klinik) und mein Mann war zu Hause und musste arbeiten.“*; *„Nur ich denke die Bindung ist, dadurch das wir wirklich Tag und Nacht zusammen waren und diese Krankheit eben auch. Ich denke, wenn ich ein Pflegekind jetzt auch zehn Jahre hätte, was gesund ist, da wäre die Bindung auch da, aber ich könnte eher loslassen. Das denke ich schon. Aber er, er kann nicht sprechen, er kann niemanden sagen, was ihm weh tut. Ohne mich geht es einfach nicht. Ich versteh ihn ohne Worte. Das ist es. auch wenn es manchmal schwer ist, das kann man nicht. Ich bin auch manchmal am Ende und möchte einfach weg, aber das bringt ja nichts.“*

Auch wenn die Bindung von Pflegemutter zu Pflege Tochter als sehr eng beschrieben wurde, blieben Zweifel, ob das Pflegekind jemals wieder Urvertrauen aufbauen können: *„Das Trauma war heftig, sie hat wirklich mit Tränen in den Augen und angsterfüllt geschrien, wenn eine laute Männerstimme zu hören war. Ja, da war sehr viel Angst in diesem Kind.“* Dabei war dieser Zweifel ganz eng verknüpft mit der realen Erfahrung: *„Bei ihr hatte ich immer so das Gefühl, was ich ihr gebe, das bleibt in ihr drin. Jeder Kuss, jedes Knuddeln blieb einfach so in ihr drin. Das hat keiner mehr kaputt gemacht.“*

Ein weiterer Schwerpunkt der Aussagen der Pflegemütter in Bezug auf die Bindung der Pflegeeltern zum Pflegekind verdeutlicht sich in der Aussage:

***„eine enge Bindung ist nach und nach gewachsen“***

*„Doch, die ist schon intensiver geworden, die hat sich wirklich mit der Zeit gefestigt. Man kann schon sagen, dass ist eine Mutter-Tochter-Beziehung. Ja.“  
(Familie E., Z 337 bis 339)*

*„Sicher war es am Anfang, sie war ja schon vier als sie kam. Schon schwierig. was heißt schwierig, einfach anders. Klar, wenn man ein Kind als Baby zu sich nimmt und es dann bei einem aufwächst. Sie hatte ja damals auch noch Erinnerungen, von da wo sie war (...). Und klar, man musste sich aneinander gewöhnen, aber sie hat das sehr schnell genossen und aufgenommen und hat dann von Anfang an Mama und Papa gesagt (...).“ (Familie D., Z 223 bis 230)*

In den Aussagen der Pflegemütter wird deutlich, dass eine enge Bindung erst mit der Zeit entstanden, gewachsen und intensiver geworden ist. *„Doch, die ist schon intensiver geworden, die hat sich wirklich mit der Zeit gefestigt. Man kann schon sagen, dass ist eine Mutter-Tochter-Beziehung. Ja.“* Dabei spielte auch das aneinander gewöhnen eine wichtige Rolle: *Und klar, man musste sich aneinander gewöhnen, aber sie hat das sehr schnell genossen und aufgenommen und hat dann von Anfang an Mama und Papa gesagt (...).“*

## 9 Zusammenfassung und Ausblick

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst und resümierend betrachtet. Am Ende der empirischen Untersuchung und nach dem Durchführen der Studie stellt sich die Frage, inwieweit das Ziel der Untersuchung durch das erfolgte spezifische Vorgehen erreicht werden konnte. Der vorliegende Stand der empirischen Forschung regte dazu an, die Untersuchung explorativ und ressourcenorientiert anzulegen. Ziel war dabei das Gewinnen neuer Erkenntnisse in einem bisher wenig in den Fokus gestellten Kontext. Insbesondere Pflegefamilien mit Kindern mit (geistiger) Behinderung fanden bisher wenig Beachtung. Eine explizite Betrachtung von Pflegefamilien, die ein Kind mit geistiger Behinderung im Rahmen der Vollzeitpflege in die Familie aufgenommen haben, wurde in der Forschung bisher vernachlässigt. Diese Arbeit soll einen Einblick in die Thematik geben. Die Studie versteht sich als eine explorative Studie zur Hypothesengenerierung und für weitere empirische Untersuchungen.

In einer empirischen Untersuchung wurden Aspekte von Motivation und Elternschaft im Kontext der Aufnahme eines Pflegekindes mit geistiger Behinderung untersucht. Die qualitativen leitfadengestützten Interviews ermöglichten durch ihre offene Gestaltung der Fragestellung den befragten Pflegemüttern, Raum um möglichst vielfältige Erfahrungen mitzuteilen. Die im Vorfeld erarbeiteten und in den ersten Kapiteln dargelegten theoretischen Grundlagen bilden eine wesentliche Basis der vorliegenden Arbeit. Zur Bearbeitung der Forschungsfragen wurde ein exploratives Forschungsdesign gewählt. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte schließlich in Hinblick auf die ausgewählten Kategorien. Der Erkenntnisgewinn ist für die vorliegende Studie als erfolgreich einzuschätzen, da es vor allem darum ging, einen bisher wenig ins Licht gerückten Personenkreis, den der Pflegeeltern von Kindern mit geistiger Behinderung, in den Blick zu rücken. Dabei galt es aber auch, die Lebenssituation von Pflegekindern mit geistiger Behinderung, ihre besonderen Erfahrungen und Entwicklungsaufgaben wahrzunehmen und darzustellen.

Mit der vorliegenden Studie ist ein umfangreicher Erkenntnisgewinn über Pflegeeltern von Kindern mit geistiger Behinderung gelungen. Verschiedenste Lebensbereiche, Sichtweisen und Erfahrungen konnten umfangreich ermittelt werden. Insbesondere führten die ausgewählten Kriterien: Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung; Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme; Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben; Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ sowie die Bindung zum Pflegekind zu einem Erkenntnisgewinn. Dieser Erkenntnisgewinn fokussiert klar die Perspektive von Pflegeeltern.

Nachfolgend werden die fünf ausgewählten Kriterien abschließend zusammengefasst. Die Untersuchung zeigte, trotz der kleinen Anzahl der befragten Pflegemütter, sowohl eine deutliche Vielfältigkeit in den Aussagen als auch eine Vielzahl von Gemeinsamkeiten:

### ***Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung;***

Beim Übergang eines Pflegekindes von der Herkunftsfamilie in die Pflegefamilie treffen sowohl die kindlichen Lebenswirklichkeiten, als auch die Motivation der Pflegeeltern aufeinander. Im Rahmen der Befragung lieferten die Pflegemütter eine Vielzahl von Motiven zur Aufnahme eines Pflegekindes. Eine Perspektive der Motivation ein Pflegekind in die Familie aufzunehmen, macht die ***Verknüpfung von Familie, Beruf und der Arbeit zu Hause*** aus. Die Möglichkeit, von zu Hause arbeiten zu können und damit Familie und Beruf verbinden zu können steht dabei im Mittelpunkt. Dazu zählt auch, zu Hause bleiben zu können und die eigenen Kinder mit zu versorgen. Ebenfalls eine bedeutende Rolle spielt das Interesse am Tätigkeitsfeld der Erziehung und daran, mit Kindern zu arbeiten. Eine weitere Perspektive der Motivation stellt die ***gezielt motivierte Bewerbung um ein Pflegekind mit Behinderung als bewusste Entscheidung***. Darin wird deutlich, dass es sich um überwiegend gezielte Bewerbungen um ein Pflegekind mit (geistiger) Behinderung handelt.

Pflegefamilien bewerben sich insbesondere für ein Kind mit Behinderung. Dabei hatten einige Pflegefamilien bereits ein Pflegekind mit einer Behinderung und waren motiviert, ein weiteres Kind mit einer Behinderung aufzunehmen. Dabei handelt es sich in der Regel um bewusste Entscheidungen. Pflegeeltern handeln gezielt motiviert. Verbunden mit dem Wunsch, einem Kind mit Behinderung ein zu Hause zu geben, ist auch eine motivationale Tendenz zu erkennen, ein weiteres Pflegekind mit demselben Behinderungsbild des vorher aufgenommenen Kindes aufzunehmen. Dies zeigt sich in sehr gezielten Entscheidungen. Eine weitere Perspektive der Motivation lässt sich verorten in einer **Offenheit von Anfang an/ Klarheit ein weiteres Kind aufzunehmen/ ein weiteres Kind kann mit in der Familie leben/ Zufriedenheit der Familien**. Die befragten Pflegefamilien zeichnen sich dabei durch eine große Offenheit aus. Charakterisiert zu sein scheint der motivationale Aspekt auch durch eine sehr große Klarheit, denn ein Großteil der Pflegefamilien beschrieb, sich schon lange mit der Aufnahme, auch eines Kindes mit Behinderung, beschäftigt zu haben. Der Aspekt, dass ein weiteres Kind mit in der Familie leben kann, kommt ebenso zum Tragen, wie die Tatsache, dass es den Familien im Sinne einer Zufriedenheit gut geht. Eine weitere Perspektive der Motivation beschreibt sich durch **etwas Gutes tun und Kindern helfen**. Deutlich wird hierbei der Wunsch und die Motivation der Pflegeeltern aktiv etwas tun zu wollen. Diese angestrebte Aktivität zeichnet ein Selbstbewusstsein der Pflegefamilie ab, welches weit über das, sich etwas zuzutrauen hinausgeht. Eine weitere Perspektive der Motivation spiegelt sich in einem vorhandenen **Kinderwunsch oder auch einem eigentlichen Wunsch nach Adoption** wieder. Die Aufnahme eines Pflegekindes ist somit mitunter auch durch einen bestehenden Kinderwunsch motiviert. Dabei lässt sich nicht klar abgrenzen, ob ein Kinderwunsch aus der Tatsache entstand, medizinisch bedingt keine Kinder bekommen zu können oder motiviert war durch den Wunsch, noch ein weiteres Kind haben zu wollen. Der ursprüngliche Wunsch, ein Kind adoptieren zu wollen ist dabei deutlich gegeben und wird auch durch die Aussage begründet, eine Familie sein zu wollen und das Kind



nicht gleich wieder hergeben zu wollen. Eine weitere Perspektive der Motivation lässt sich durch ***andere Familien mit Pflegekindern erlebt*** beschreiben. Diese Motivation ist dann aus einem Beispiel erwachsen, wurde also im Umfeld als positiv wahrgenommen. Das beispielhafte Erleben und Erfahren der Möglichkeiten ein Pflegekind aufzunehmen scheint dabei motivierend für zukünftige Pflegeeltern zu sein. Motive für die Aufnahme eines Pflegekindes (mit geistiger Behinderung) können sehr vielfältig sein. Bei der Betrachtung der Pflegeeltern kann also keinesfalls von einer motivational homogenen Gruppe von Pflegepersonen ausgegangen werden. Die Motivation von Pflegeeltern ist demnach nicht auf einzelne Faktoren zu reduzieren, sondern sie spiegelt immer ein Gesamtbild aus bewusster Auseinandersetzung, Befindlichkeiten und Emotionen sowie familiärer Umstände wieder.

### ***Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme***

Bei der Betrachtung dessen, was Pflegefamilien zum Zeitpunkt der Aufnahme eines Kindes über dessen Behinderung wissen, zeichnen sich drei Aspekte deutlich ab: Entweder **wissen die Pflegeeltern um die (geistige) Behinderung** oder sie **wissen zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht von einer möglichen Behinderung** oder aber auch haben sie **wenig Wissen, es aber geahnt haben**. Im Falle des Wissens um die (geistige) Behinderung zeigt sich ein zum Teil sehr großes Vorwissen über die Behinderung des Pflegekindes, das bereits durch vorhandene Diagnosen manifestiert war. Darüber hinaus waren zum Teil auch weitere Informationen zur Behinderung und deren Erscheinungsbild bei den Pflegeeltern bekannt. Wussten Pflegeeltern zum Zeitpunkt gar nichts über das Vorhandensein einer Behinderung fiel auf, dass das spätere Auftreten der Behinderung ihre Grundfesten nicht ins Wanken brachten und sich die Pflegeeltern souverän den gestellten Herausforderungen stellten. Die Pflegeeltern, die zum Zeitpunkt der Aufnahme wenig über eine Behinderung wussten, formulierten auch, dass sie es geahnt haben, weil ihnen das beispielsweise

mit auf den Weg gegeben wurde. Dies spiegelt eine Perspektive von Pflegeeltern wieder, die stark zwischen Unwissenheit und Ahnung schwanken. Eine weitere Perspektive zeigt sich in der Möglichkeit, **später von der Behinderung erfahren zu haben**. Hier stellte sich mitunter erst nach und nach heraus, dass eine Behinderung vorliegt oder auch Entwicklungsverzögerungen manifestierten sich zu einer (geistigen) Behinderung. Hinzu kommt die Situation, dass wenn Pflegekinder zum Zeitpunkt der Inpflegenahme noch sehr jung sind die Wahrscheinlichkeit steigt, dass eine mögliche (geistige) Behinderung anfangs entweder verborgen bleibt oder einfach weder zu erkennen noch zu diagnostizieren ist. Erkennbar sind dann lediglich die offensichtlichen Behinderungsbilder, wie beispielsweise das Down Syndrom.

### ***Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben***

Für die befragten Pflegefamilien **hat die Behinderung keine Bedeutung in Bezug auf das emotionale Erleben**. Die Pflegemütter beschreiben, dass sie nur das Kind sehen und nicht die Behinderung; dass sie nicht über die Behinderung nachgedacht hätten oder dass sie immer erst sehen, dass das ihr Kind sei. Auch wird ein realistischer Blick der Pflegefamilien auf das, was da auf sie zukommt, erkennbar. Dabei sprechen sie beispielsweise von einem langsamen Hineinwachsen in die Situation. Zur Sprache kommt auch eine Art Faszination, das Pflegekind mit seiner Behinderung zu begreifen: Auch die Frage, den Anforderungen gerecht zu werden und alles zu schaffen stellen sich Pflegefamilien in diesem Kontext. **Behinderung hat eine Bedeutung in Bezug auf das emotionale Erleben** und wird durchaus auch als belastendes emotionales Erleben in Bezug auf Krankheit und Behinderung beschrieben. Diese spiegeln durchaus auch eigene Grenzen und Entbehrungen wieder. Dies zeigt sich auch daran, dass das Leben mit einem Pflegekind mit Behinderung mitunter anders als geplant verlief. Letztendlich spiegeln dies aber auch einen fortlaufenden Prozess der Annahme der Behinderung des Pflegekindes. Das Thema „Behinderung“ hat

demnach immer da eine Bedeutung, wo offensichtlich wird, dass das Leben mit einem schwerstmehrfachbehinderten Kind, auch eine emotionale Belastung für die Pflegeeltern darstellen kann.

### ***Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“***

Bemerkenswert sind die Aussagen zur Elternschaft. Das ***Erleben von mütterlichen Gefühlen*** wird uneingeschränkt bejaht. An der Vielfalt der Aussagen lässt sich die Bedeutung der Elternschaft, insbesondere der Mutterschaft im Ausdruck der als „mütterlich“ erlebten Gefühle erkennen. Ganz deutlich formulierten die Pflegemütter dabei das Anerkennen des Kindes, als ihr Kind. Besonders deutlich wird auch die immer wieder auftretende und unterschiedlich formulierte Äußerung der Pflegemütter in Richtung *„Liebe auf den ersten Blick“*. In den Beschreibungen kommen deutliche Äußerungen zum Verliebt sein und zur Liebe auf den ersten Blick zum Ausdruck. Aber auch Aussagen, wie *„das passte“* oder *„der ist es“* machen das deutlich. Auch das Wahrnehmen der eigenen Gefühle als Muttergefühl wird vielfältig als erlebt beschrieben und das die mütterlichen Gefühle, auch wenn diese von Anfang an vorhanden waren, sich weiter verändert haben. Eingebracht wird durch die Pflegemütter auch der Bezug zum Empfinden im Vergleich zu leiblichen Kindern. Dabei kommt zum Ausdruck, dass es keine Unterschiede zu den leiblichen Kindern gibt und das die Pflegemütter für alle Kinder gleich empfinden. Eindrucksvoll ist auch diese Äußerung einer Pflegemutter, die in besonderer Weise das Erleben von Elternschaft und Muttergefühl spiegelt: *„Ich sage dann immer ja, Liebe ist nicht messbar. Und wenn es so wäre dann vielleicht sogar mehr. Weil man weiß, dass es so etwas Besonderes ist, das man es bekommen hat.“* Aber auch ein Empfinden von Elternschaft und mütterlichen Gefühlen ***unter Vorbehalt als ambivalentes Empfinden*** wird thematisiert. Damit werden auch deutlich ambivalente Gefühle in Bezug auf das Erleben von Elternschaft und Muttergefühlen von den Pflegemüttern beschrieben. Dies war gerade auch dann der Fall, wenn Pflegekinder vorerst in Kurzzeitpflege

für nur einen bestimmten oder auch ungewissen Zeitraum in der Pflegefamilie verweilen sollten. In diesen Beispielen wird deutlich, dass die Pflegemütter versuchten, ihre Muttergefühle unter Vorbehalt zu halten.

Pflegemütter beschreiben aber auch, dass der Übergang jüngerer Kinder in Bezug auf das Erleben mütterlicher Gefühle sich anders vollzog, als bei älteren Pflegekindern. Auch die Bedeutung der leiblichen Mutter wird von Pflegemüttern ins Gespräch gebracht und dabei als doppelte Mutterschaft bezeichnet.

Passend formuliert die Pflegemutter eines schwerstmehrfachbehinderten Jungen auf die Frage, wie sie Elternschaft definiere: *„In unserem Fall eigentlich, dem Kind Liebe geben und in seinem Leben, für sein Leben die Freiheit geben, die er braucht. Das heißt in unserem Fall auch, die Bewegungsfreiheit, die er braucht. Und wir schränken uns ein bisschen für ihn ein, das ist so, das ist eigentlich alles. Weil Erziehung, das kann ich gar nicht leisten. Das kann ich nur durch Liebe und durch Zeit bieten.“* (Familie F., Z 452 bis 456) Diese Aussage macht deutlich, dass nicht Erziehung das primäre Anliegen und der Auftrag von Pflegefamilien ist, sondern vielmehr die Zuwendung und Zuneigung, die Pflegekinder durch Liebe und durch Zeit von ihren Pflegeeltern entgegengebracht wird. Gerade da, wo Kinder durch ihre Behinderung einen erhöhten Bedarf an Pflege haben, tritt oftmals das reine Erziehungsansinnen in den Hintergrund.

### ***Bindung zum Pflegekind***

Die Pflegemütter beschreiben in Bezug auf die Bindung zu ihrem Pflegekind, dass diese ausnahmslos von ihrer Seite von Anfang sehr eng war. Die Pflegemütter charakterisieren Bindung dabei anhand konkreter Beispiele, wie das Kind auf den Arm nehmen; das Kind trösten; aber auch im Wahrnehmen, dass das Kind die Pflegepersonen als Bindungspersonen im Alltag benötigt. Das Vorhandensein einer engen Bindung wird dabei auch vielfach festgemacht an intensiv gemeinsam verbrachter Zeit, die es vermag Bindungen zu schaffen. Pflegemütter berichten dabei auch, dass das

Zulassen von Nähe auf Grund traumatisierender Vorerfahrungen einzelner Pflegekinder anfangs nicht immer möglich war. Auch ist für die Pflegemütter der Zeitpunkt der Aufnahme eines Pflegekindes von besonderer Bedeutung. Verbunden damit ist die Annahme, dass es einem sehr jungen Pflegekind leichter gelingt, Bindungen einzugehen in Bezug auf ältere Pflegekinder, welche bereits differenzierte Bindungserfahrungen gemacht haben.

Mit der vorliegenden Studie ist aus der Perspektive von Pflegeeltern ein umfassender Erkenntnisgewinn über Pflegekinder mit geistiger Behinderung in Pflegefamilien gelungen. Die durchgeführte Studie verstand sich als eine explorative Studie zur Hypothesengenerierung und für weitere empirische Untersuchungen. Diese könnten sich beispielsweise auf Pflegekinder mit geistiger Behinderung und einem Migrationshintergrund beziehen; auf Geschwisterkinder von Pflegekindern mit geistiger Behinderung oder aber auch auf Pflegefamilien, die mehrere Pflegekinder mit Behinderung aufgenommen haben. Auch die Betrachtung von Pflegekindern mit dem Fetalen Alkoholsyndrom im Kontext einer geistigen Behinderung als Folge ist für eine empirische Untersuchung denkbar.

Wesentliche Ergebnisse der Studie lassen sich anhand der persönlichen Motive und Motivationen der Pflegeeltern, auch in Verknüpfung mit der geistigen Behinderung des Pflegekindes und dem damit verbundenen emotionalen Erleben, auch in Bezug auf die Bindung, festmachen. Die Motivation von Pflegeeltern ein Pflegekind aufzunehmen, ist nicht auf einzelne Faktoren reduzierbar, sondern spiegelt immer ein Gesamtbild aus bewusster Auseinandersetzung, Befindlichkeiten und Emotionen sowie familiärer Umstände wieder. Ableiten lässt sich daraus ein Selbstverständnis von Pflegeeltern, welches in seinem Selbstbild gekennzeichnet ist von einer großen Klarheit in Bezug auf das erlebte Verhältnis zum Pflegekind. Deutlich wird dies in der unmissverständlichen Positionierung zum Pflegekind und der eindeutigen Stellung als Eltern. Pflegeeltern fühlen sich als Mutter und als Vater, sie werden Mama und Papa genannt und sie empfinden auch so. Deutlich wurde dies auch in Aussagen der Pflegemütter in Bezug darauf, dass ihr emotionales Empfinden kein anderes ist, wie das den eigenen Kindern

gegenüber. Pflegeeltern nehmen Pflegekinder mit geistiger Behinderung an, wie leibliche Kinder und beschreiben in Bezug auf das emotionale Empfinden für das Kind keine Unterschiede zu leiblichen Kindern. Pflegeeltern charakterisieren sich dabei durch eine besondere Offenheit und Klarheit dem Pflegekind gegenüber. Ambivalente Gefühle beschreiben Pflegeeltern lediglich in Bezug auf das Erleben von Elternschaft, wenn Pflegekinder anfangs für einen bestimmten oder auch ungewissen Zeitraum in der Pflegefamilie verweilen sollten.

Resümieren lässt sich auch, dass Pflegeeltern, die vor der Aufnahme eines Kindes in ihre Familie bereits von einer (geistigen) Behinderung wussten, sich vor diesem Hintergrund bewusst, geplant und zielgerichtet motiviert entscheiden. Dabei gelingt es den Pflegeeltern oft leichter, sich mit den besonderen Bedürfnissen, Erziehungserfordernissen und Förderungsbedarfen des Kindes auseinanderzusetzen. Sind Pflegekinder zum Zeitpunkt der Inpflegenahme noch sehr jung, besteht die Wahrscheinlichkeit, dass eine (geistige) Behinderung anfangs verborgen bleibt oder noch nicht zu diagnostizieren ist. Pflegeeltern durchlaufen dabei verlangsamt einen fortlaufenden Prozess der Annahme der Behinderung. Wissen Pflegeeltern zum Zeitpunkt der Aufnahme eines Pflegekindes bereits von dessen Behinderung, so sind die Informationen sowie das Hintergrundwissen häufig bereits sehr vielfältig.

Zusammenfassen lässt sich auch, dass gerade da, wo Pflegekinder durch ihre Behinderung einen erhöhten Bedarf an Pflege haben, das reine Erziehungsinteresse oftmals in den Hintergrund tritt. Pflegeeltern von Kindern mit geistiger Behinderung definieren Erziehung nicht als das primäre Anliegen und den Auftrag von Pflegefamilien, sondern vielmehr die Zuwendung und Zuneigung, die Pflegekindern durch Liebe und Zeit entgegengebracht wird.

Von besonderer Bedeutung ist zum Abschluss, dass gerade Pflegemütter im Kontext der Aufnahme eines Pflegekindes mit geistiger Behinderung uneingeschränkt mütterliche Gefühle erleben. Im Zusammenhang einer ersten Begegnung mit dem Pflegekind mit geistiger Behinderung erleben und beschreiben Pflegeeltern das Phänomen einer „*Liebe auf den ersten Blick*“.

## Abkürzungsverzeichnis

<i>BGB</i>	Bürgerliches Gesetzbuch
<i>SGB</i>	Sozialgesetzbuch
<i>GG</i>	Grundgesetz
<i>FAS</i>	Fetales Alkoholsyndrom
<i>ADHS</i>	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom
<i>EEG</i>	Elektroenzephalografie
<i>SPZ</i>	Sozialpädiatrisches Zentrum
<i>KJHG</i>	Kinder- und Jugendhilfegesetz
<i>DJI</i>	Deutsches Jugendinstitut
<i>ALG II</i>	Arbeitslosengeld II
<i>PFAD</i>	Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e.V.
<i>FZPSA</i>	Fachzentrum für Pflegekinderwesen Sachsen Anhalt
<i>BMFSFJ</i>	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
<i>WHO</i>	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
<i>IQ</i>	Intelligenzquotient
<i>Z</i>	Zeile (bezogen auf das Interview)

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b> Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses im Verlauf der Jahre (Statistisches Bundesamt, 2016a).....	16
<b>Abbildung 2</b> Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses nach persönlichen Merkmalen und Art der Hilfe (Statistisches Bundesamt, 2016a).....	18
<b>Abbildung 3</b> Das jugendhilferechtliche Dreiecksverhältnis bei Vollzeitpflege nach §§ 27, 33 SGB VIII (Küfner, 2011) .....	24
<b>Abbildung 4</b> Anteil der Kinder- und Jugendlichen in der Sonderpflege gesamt; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016; eigene Berechnung und Darstellung).....	26
<b>Abbildung 5</b> Anteil Kinder und Jugendliche in der Sonderpflege nach Geschlecht; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016; eigene Berechnung und Darstellung).....	27
<b>Abbildung 6</b> Situation in der Herkunftsfamilie; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016; eigene Berechnung und Darstellung) .....	32
<b>Abbildung 7</b> Geschwistersituation von Pflegekindern (vgl. Thrum, 2007).....	33
<b>Abbildung 8</b> Wirtschaftliche Situation der Herkunftsfamilie; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016; eigene Berechnung und Darstellung) .....	34
<b>Abbildung 9</b> Ausbildungsabschlüsse von Herkunftseltern (vgl. Thrum, 2007).....	35
<b>Abbildung 10</b> Aufenthalt vor der Hilfe; begonnene Hilfen 2014; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016 - eigene Berechnung und Darstellung) .....	37
<b>Abbildung 11</b> Sorgerechtsentzug ja - nein (vgl. Thrum, 2007) .....	38
<b>Abbildung 12</b> Formen des Sorgerechtsentzugs (vgl. Thrum, 2007).....	39
<b>Abbildung 13</b> Gründe der Hilfestellung; nach Hauptgrund; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt 2016; eigene Berechnung und Darstellung) .....	41
<b>Abbildung 14</b> Anregende Institutionen/ Personen zur Vollzeitpflege; Hilfen zum 31.12. (vgl. Statistisches Bundesamt; eigene Berechnung und Darstellung).....	43
<b>Abbildung 15</b> Zusammensetzung von Herkunftsfamilien und Pflegefamilien im Vergleich (vgl. Thrum, 2007).....	45
<b>Abbildung 16</b> Wirtschaftliche Situation von Herkunftseltern und Pflegeeltern im Vergleich (vgl. Thrum, 2007).....	46
<b>Abbildung 17</b> Ausbildungsabschlüsse von Herkunftseltern und Pflegeeltern im Vergleich (vgl. Thrum, 2007).....	47
<b>Abbildung 18</b> Stufen der seelischen Annahme (vgl. Schmutzler 2008, S. 78) .....	100
<b>Abbildung 19</b> Exemplarische Darstellung eines Zusammenfassungskarte (eigene Darstellung) .....	121
<b>Abbildung 20</b> Darstellung der Interviewergebnisse mit den Merkmalen Alter der Pflegekinder und Verweildauer in der Pflegefamilie (eigene Darstellung) .....	158
<b>Abbildung 21</b> Aufenthaltsort des Pflegekindes vor der Aufnahme in die Pflegefamilie (eigene Darstellung).....	159
<b>Abbildung 22</b> Darstellung der Interviewergebnisse mit den Merkmalen Alter und Familienstand der Pflegeeltern (eigene Darstellung) .....	161
<b>Abbildung 23</b> Darstellung der Interviewergebnisse mit den Merkmalen leibliche Kinder; Alter der leiblichen Kinder; weitere Kinder und Alter der weiteren Kinder in der Pflegefamilie (eigene Darstellung) .....	162



## Literaturverzeichnis

**AINSWORTH, M. D. u.a. (1987):** Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale: Erlbaum.

**BANAFSCHE, M. (2011):** Kinder und Jugendliche mit Behinderung zwischen SGB VIII und SGB XII, ZKJ. Köln: Bundesanzeiger Verlag.

**ALBERS, R./ ANNEKEN, G./ GOSSEL, E./ SCHÄFER, U. (1989):** Erwachsenenbildung mit Menschen, die als geistig behindert gelten. Erfahrungen an der Volkshochschule Oldenburg. IN: Zeitschrift Geistige Behinderung, 28, Mittelteil.

**BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR DIE BELANGE BEHINDERTER MENSCHEN (2009):** Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin: Bundesdruckerei. [https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueere\\_UNKonvention\\_KK.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff vom 21.02.2016)

**BECK, U./ BECK-GERNSHEIM, E. (1990):** Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag.

**BECK-GERNSHEIM, E. (1998):** Was kommt nach der Familie? München: Verlag C.H. Beck.

**BERNIER, A./ ACKERMAN, J. P./ STOVALL-MCCLOUGH, K. C. (2004):** Predicting the Quality of Attachment Relationships in Foster Care Dyads from Infants' Initial Behaviors upon Placement. IN: Infant Behavior and Development, 27. Jg., S. 366 – 381.

**BLANDOW, J. (1999):** Versorgungseffizienz im Pflegekinderwesen. IN: COLLA, H./ GABRIEL, T./ MILLHAM, S. u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa./ Handbook Residential and Foster Care in Europe. Neuwied: Krißel (Luchterhand), S. 757-772.

**BLEIDICK, U. (HRSG.) (1993):** Einführung in die Behindertenpädagogik. Bd. 1, 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

**BLEIDICK, U. (1999):** Behinderung als pädagogische Aufgabe. Stuttgart: Kohlhammer.

**BORZT, J./ DÖRING, N. (1996):** Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. 2. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

**BORZT, J./ DÖRING, N. (2015):** Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Berlin: Springer Verlag.

**BOVENSCHEN, I./ SPANGLER, G./ ROLAND, I./ NOWACKI, K. (2009):** Bindungsverhalten und Bindungsrepräsentation von Pflegekindern: Zusammenhänge zu psychischen Auffälligkeiten. Vortrag gehalten auf der 19. Tagung der Fachgruppe Entwicklungspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Hildesheim, 14. – 17.09.2009.

**BOWLBY, J. (1975):** Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler.

**BOWLBY, J. (1988):** A secure base. Clinical applications of attachment theory. London: Routledge.

**BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIEN, FRAUEN, SENIOREN UND JUGEND (2013):** 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/14-Kinder-und-Jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff vom 06.02.2016)

**BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (HRSG.) (2006):** Siebter Familienbericht. Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit – Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Berlin: Drucksache Bundesministerium. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/PRM-3529-Familienbericht,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf> (Zugriff vom 23.02.2016)

**BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT:** Grundpflege. <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/g/grundpflege.html> (Zugriff vom 27.02.2016)

**BUNDESMINISTERIUM FÜR JUSTIZ UND VERBRAUCHERSCHUTZ:** [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_8/\\_33.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_33.html) (Zugriff vom 06.02.2016)

**BURKART, G. (2008):** Familiensoziologie. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

**CASSIDY, J./ SHAVER, P. (HRSG.) (2008):** Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications. 2. Auflage. New York: Guilford.

**CONVERSE, J.M./ PRESSER, S. (1986):** Survey-Questions. Handcrafting the Standardized Questionnaire. Beverly Hills: CA: Sage

**CUMMINGS, E. M./ DAVIES, P. (1996):** Emotional security as a regulatory process in a normal Development and Psychopathology, 8. Jg., S. 123 – 139.

**DAS EIDEN, R./ MCAULIFFE, S./ KACHADOURIAN, L./ COLES, C./ COLDER, C./ SCHUETZE, P. (2009):** Effects of prenatal cocaine exposure on infant reactivity and regulation. IN: Neurotoxicology and Teratology, 31. Jg., S. 60 -68.

**DEUTSCHER BUNDESTAG (1989):** Gesetzesentwurf zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts (Kinder- und Jugendhilfegesetz – KJHG). Drucksache 11/5948. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/11/060/1106002.pdf> (Zugriff vom 06.02.2016).

**DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (2013):** ICF - Die International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/> (Zugriff vom 21.02.2016)

**DIEKMANN, A. (2007):** Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 19. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

**DILLING, H. U.A. (1993):** Internationale Klassifikation Psychischer Störungen. Bern: Huber Verlag.

**DRESING, T./ PEHL, T. (2011):** Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative Forscherinnen. 1. Auflage. Eigenverlag Marburg, S. 15ff.

**DRIESCHNER, E./ GAUS, D. (2011):** Liebe in Zeiten pädagogischer Professionalisierung. 1. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

**ECARIUS, J./ KÖBEL, N./ WAHL, K. (2011):** Familie, Erziehung, Sozialisation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer.

**ELIAS, N. (1976):** Über den Prozess der Zivilisation. Bd. 2. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag.

**EINECKE, A. (2003a):** Eignungskriterien zur Auswahl von Pflegeeltern. Qualitätsmerkmale im Pflegekinderwesen. IN: Qualitätssicherung und Qualitätsmerkmale im Pflegekinderwesen in Sachsen-Anhalt. Fachzentrum für Pflegekinderwesen Sachsen-Anhalt. <http://www.fzpsa.de/paedpsych/Fachartikel/Pflegekinderwesen/Eignungskriterien>. Zugriff vom 12.02.2016.

**EINECKE, A. (2003b):** Motivation Pflegeeltern. Qualitätsmerkmale im Pflegekinderwesen. IN: Qualitätssicherung und Qualitätsmerkmale im Pflegekinderwesen in Sachsen-Anhalt. Fachzentrum für Pflegekinderwesen Sachsen-Anhalt. [http://www.fzpsa.de/paedpsych/Fachartikel/Sonstiges/Motivation PE](http://www.fzpsa.de/paedpsych/Fachartikel/Sonstiges/Motivation%20PE). Zugriff vom 12.02.2016.

**ERZBERGER, CHR. (2003):** Strukturen der Vollzeitpflege in Niedersachsen. Hannover: Bezirksregierung Hannover. Niedersächsisches Landesjugendamt.

**ESCHELBACH, D. (2014):** Rechtliche Rahmenbedingungen der Vollzeitpflege. IN: Kuhls, A./ Glaum, J./ Schröer, W. (2014): Pflegekinderhilfe im Aufbruch. Aktuelle Entwicklungen und neue Herausforderungen in der Vollzeitpflege. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

**Fachzentrum für Pflegekinderwesen Sachsen-Anhalt (2016):** Eignungskriterien zur Auswahl von Pflegeeltern. <http://www.fzpsa.de/paedpsych/Fachartikel/Pflegekinderwesen/Eignungskriterien>. Zugriff vom 13.02.2016.

**FALTERMEIER, J. (2000):** Zum Hilfeverständnis von Herkunftseltern und ihren erzieherischen Ressourcen – Erste Ergebnisse einer biographieanalytischen Studie. Expertise zum Projekt „Familiäre Bereitschaftsbetreuung“. München: DJI-Arbeitspapier Nr. 5-61.

**FALTERMEIER, J. (2001):** Verwirkte Elternschaft? Fremdunterbringung, Herkunftseltern, neue Handlungsansätze. Münster: Votum.

**FALTERMEIER, J. (2014):** Herkunftsfamilien sind „Family-Partnership“: Erziehungspartnerschaft als neue Denkfigur. IN: Kuhls, A./ Glaum, J./ Schröer, W. (2014): Pflegekinderhilfe im Aufbruch. Aktuelle Entwicklungen und neue Herausforderungen in der Vollzeitpflege. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

**FINCH, I. (2007):** Displaying Families. IN: Sociology, 41. Jg., S. 65-81.

**FLICK, U. (1995):** Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, U. u.a. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag, S. 148-159.

**FRIEBERTSHÄUSER, B. (1997):** Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, B./ Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. München: Verlag Weinheim, S. 371-395.

**FRIEBERTSHÄUSER, B. (2003):** Interviewtechniken – ein Überblick. IN: Friebertshäuser, B./ Prengel, A.: Handbuch Qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Verlag Beltz Juventa.

**FUHS, B. (2007):** Qualitative Methoden in der Erziehungswissenschaft. 1. Auflage, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

**GASSMANN, Y. (2015):** Was haben Pflegekinder gemeinsam. Pflegekind-spezifische Entwicklungsaufgaben. [http://pflegekinder.ch/Dokumente/Yvonne\\_Gassmann\\_1\\_15.pdf](http://pflegekinder.ch/Dokumente/Yvonne_Gassmann_1_15.pdf) (Zugriff vom 06.03.2016)

**GASSMANN, Y. (2015a):** Pflegekindspezifische Entwicklungsaufgaben oder: was Pflegekindern gemeinsam ist. IN: Wolf, K. (Hrsg.): Sozialpädagogische Pflegekinderforschung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 43 – 60.

**GOLDMAN, G. (2007):** A study of the Pre-Adoption Functioning and Post-Adoption Adjustment of Children Who Have Been Prenatally Exposed to Alcohol, Tobacco and/ or Other Drugs. Dissertation. Florida State University.

**GROSS, P./ HONER, A. (1990):** Multiple Elternschaften. Soziale Welt, 41(1). S. 97-116.

**GROSSMANN, K. E./ GROSSMANN, K. (1991):** Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. IN: Parkes C. / Stevenson-Hinde, J. / Marris, M. (HRSG.): Attachment across the life cycle. London/ New York: Routledge, S. 234 – 267.

**GROTH, A./ GLAUM, J. (2014):** Pflegefamilien – die große Konstante in den erzieherischen Hilfen? IN: Kuhls, A./ Glaum, J./ Schröer, W. (2014): Pflegekinderhilfe im Aufbruch. Aktuelle Entwicklungen und neue Herausforderungen in der Vollzeitpflege. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

**GUDJONS, H. (1993):** Pädagogisches Grundwissen: Überblick–Kompendium-Studienbuch. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

**GUIDO, S./ GUIDO, B. (2015):** Tim lebt! Wie uns ein Junge, den es nicht geben sollte, die Augen geöffnet hat. Asslar: adeo Verlag in der Gerth Medien GmbH (Verlagsgruppe Random House GmbH, München).

**HELMING, E. (2002):** Die Eltern: Erfahrungen, Sichtweisen und Möglichkeiten. IN: Lilling, S./ Helming, E./ Blüml, H./ Schattner, H.: Bereitschaftspflege – Familiäre Bereitschaftsbetreuung. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 231. Stuttgart: Kohlhammer. S. 139 – 275. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24081-SR-Band-231,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff vom 17.02.2016)

**HELMING, E. (2011):** Die Pflegefamilie als Gestaltungsleistung. S. 226 – 260. IN: Kindler, H./ Helming, E./ Meysen, T./ Jurczyk, K. (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegekinderhilfe. München: Deutsches Jugendinstitut e.V..

**HELMING, E. (2014):** Alltagspraxis in Pflegefamilien: Vulkane, Eisberge und der sanfte Sog der Beiläufigkeit. S. 71-94. IN: Jurczyk, K./ Lange, A./ Thiessen, B. (Hrsg.) (2014): Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

**HODGES, J./ STEELE, M./ HILLMAN, S./ HENDERSON, K./ KANIUK, J. (2003):** Changes in Attachment Representations Over the First Year of Adoptive Placement: Narratives of Maltreated Children. IN: Clinical Child Psychology and Psychiatry, 8. Jg., S. 351 – 367.

**HODGES, J./ STEELE, M./ HILLMAN, S./ HENDERSON, K./ KANIUK, J. (2005):** Change and Continuity in Mental Representations of Attachment After Adoption. IN: Brodzinsky, D./ Palacios, J. (HRSG.): Psychological Issues in Adoption. Research and Practise. Westport: Praeger, S. 93 – 116.

**HOFFMANN-RIEM U. A. (1988):** Fragmentierte Elternschaft: technologischer Fortschritt und familiäre Verarbeitung. IN: Lüscher (Hrsg.): Die „postmoderne“ Familie. Familiäre Strategien und Familienpolitik in einer Übergangszeit. S. 216-233. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.

**JORDAN, E./ SENGLING, D. (2000):** Kinder- und Jugendhilfe. Einführung in Geschichte und Handlungsfelder, Organisationsformen und gesellschaftliche Problemlagen. Weinheim/ München: Beltz, S. 190.

**JURCZYK, K./ LANGE, A./ THIESSEN, B. (HRSG.) (2014):** Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

**JURCZYK, K. (2014):** Familie als Herstellungsleistung. Hintergründe und Konturen einer neuen Perspektive auf Familien. S. 50-70. IN: Jurczyk, K./ Lange, A./ Thiessen, B. (Hrsg.) (2014): Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

**KELLE, U. (2007):** Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung: Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

**KINDERPFLEGEDIENST KARLSRUHE (2016):** Erwartungen an Pflegeeltern. [http://www.karlsruhe.de/b3/soziales/einrichtungen/pflegekinderdienst/vollzeitpflege/erwartungen\\_pflegeeltern.de](http://www.karlsruhe.de/b3/soziales/einrichtungen/pflegekinderdienst/vollzeitpflege/erwartungen_pflegeeltern.de). (Zugriff vom 11.02.2016)

**KINDLER, H. / LILLIG, S./ BLÜML, H. / MEYSEN, T./ WERNER, A. (HRSG.) (2006):** Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V..

**KINDLER, H./ HELMING, E./ MEYSEN, T./ JURCZYK, K. (Hrsg.) (2011):** Handbuch Pflegekinderhilfe. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

**KINDLER, H./ SCHEUERER-ENGLISCH, H./ GABLER, S./ KÖCKERITZ, C. (2011):** Pflegekinder: Situation, Bindungen, Bedürfnisse und Entwicklungsverläufe. S. 128-225. IN: Kindler, H./ Helming, E./ Meysen, T./ Jurczyk, K. (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegekinderhilfe. München: Deutsches Jugendinstitut e.V., S. 129-234.

**KLEIN, F. (1999):** Ein pädagogisches Lehr- und Studienbuch. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.

**KÖTTER, S. (1994):** Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck Pflegeeltern - Pflegekind - Herkunftseltern. Regensburg: Roderer.

**KROMREY, H. (2009):** Empirische Sozialforschung. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH.

**KÜFNER, M./ SCHÖNECKER, L. (2011): Rechtliche Grundlagen und Formen der Vollzeitpflege.** IN: KINDLER, H./ HELMING, E./ MEYSEN, T./ JURCZYK, K. (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegekinderhilfe. München: Deutsches Jugendinstitut e.V., S. 49.

**KUHLS, A. (2014):** Bestandsaufnahme und ein Blick in die Zukunft. IN: KUHLS, A./ GLAUM, J./ SCHRÖER, W. (2014): Pflegekinderhilfe im Aufbruch. Aktuelle Entwicklungen und neue Herausforderungen in der Vollzeitpflege. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

**KUHLS, A./ GLAUM, J./ SCHRÖER, W. (2014):** Pflegekinderhilfe im Aufbruch. Aktuelle Entwicklungen und neue Herausforderungen in der Vollzeitpflege. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

**KUHNT, A.-K./ STEINBACH, A. (2014):** Diversität von Familie in Deutschland. IN: Steinbach, H./ Hennig, M./ Arr'anz Becker, O.: Familie im Alter der Wissenschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 41-70.

**LAKIES, T. (1995):** Rechtsfragen der Familienpflege. IN: Textor, M. R./ Warndorf, P. K.: Familienpflege: Forschung, Vermittlung, Beratung. S. 31 – 42. Freiburg: Lambertus.

**Landgraf, M./ Heinen, F. (2012):** S3-Leitlinie. Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms. IN: Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(42). <http://www.aerzteblatt.de/archiv/147798> (Zugriff vom 27.02.2016).

**LAMNEK, S. (1995):** Qualitative Sozialforschung. IN: FUHS, B. (2007): Qualitative Methoden in der Erziehungswissenschaft. 1. Auflage, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 68.

**LAMNEK, S. (2005):** Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Auflage. Weinheim und Basel. Beltz Verlag. S. 404.

**LILLIG, S./ HELLMING, E./ BLÜML, H./ SCHATTNER, H. (2002):** Bereitschaftspflege – Familiäre Bereitschaftsbetreuung. Empirische Ergebnisse und praktische Empfehlungen. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 231. Stuttgart: Kohlhammer.

**MACHA, H./ KLINKHAMMER, M. (Hrsg.) (1997):** Die andere Wissenschaft. Stimmen von Frauen an Hochschulen. Bielefeld: Kleine Verlag.

**MAIN, M. (1990):** Cross-Cultural Studies of Attachment Organisation: Recent Studies, Changing Methodologies, and the Concept of Conditional Strategies. IN: Human Development, 33. Jg., S. 48 – 61.

**MANASHKO, S./ BESSER, A./ PRIEL, B. (2009):** Maltreated Children's Representations of Mother and Additional Caregiver: *A Longitudinal Study*. Journal of Personality, 77. Jg. S. 561 – 595.

**MAYER, H. O. (2008):** Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung. 4. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

**MAYRING, P. (1989):** Qualitative Inhaltsanalyse. IN: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Heidelberg: Asanger.

**MAYRING, P. (2002):** Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5., überarbeitete und neu ausgestattete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

**MAYRING, P. / GLÄSER-ZIKUNDA, M. (2005):** Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

**MAYRING, P. / GLÄSER-ZIKUNDA, M. (2008):** Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

**MAYRING, P. (2003):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz UTB.

**MAYRING, P. (2008):** Qualitative Inhaltsanalyse. IN: FLICK, (U). (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. S. 468-475.

**MILAN, S./ PINDERHUGHES, E. (2000):** Factors influencing maltreated children's early adjustment in foster care. IN: Development and Psychopathology, 12. Jg. S. 63 – 81.

**MINUCHIN, P./ COLAPINTO, J./ MINUCHIN, S. (2000):** Verstrickt im sozialen Netz. Neue Lösungswege für Multiproblem-Familien. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.

**Moses-online.de - Portal Pflegekinder und Adoption (2016a):** [http://www.moses-online.de/nachrichten/2012\\_04\\_30/wirrwarr-bezeichnungen-unterbringung-kindern](http://www.moses-online.de/nachrichten/2012_04_30/wirrwarr-bezeichnungen-unterbringung-kindern). Zugriff vom 06.02.2016.

**MOSES-ONLINE.DE - PORTAL PFLEGEKINDER UND ADOPTION (2016b):** <http://www.moses-online.de/artikel/persoene-liche-voraussetzungen>. Zugriff vom 11.02.2016.

**MÜHL, H. (2000):** Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

**MÜNDER, J. u.a. (1999):** Frankfurter Kommentar zum SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim und Basel: Beltz.

**MÜNDER, J./ MUTKE, B./ SCHONE, R. (2000):** Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster: Votum.

**MÜNDER, J. u.a. (2003):** Familien- und Jugendhilferecht, Bd.1, Familienrecht: Eine sozialwissenschaftlich orientierte Darstellung. München: Luchterhand Verlag.



**NAVE-HERZ, R. (2015):** Familie heute. Wandel der Familienstrukturen und die Folgen für die Erziehung. 6. überarbeitete Auflage. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

**NIEDERSÄCHSICHES LANDESAMT FÜR SOZIALES, JUGEND UND FAMILIE:**  
[http://www.soziales.niedersachsen.de/startseite/kinder\\_jugend\\_familie/hilfen\\_zu\\_r\\_erziehung/vollzeitpflege/vollzeitpflege-239.html](http://www.soziales.niedersachsen.de/startseite/kinder_jugend_familie/hilfen_zu_r_erziehung/vollzeitpflege/vollzeitpflege-239.html) (Zugriff vom 06.02.2016)

**NOWACKI, K. (2006):** Aufwachsen in Pflegefamilie oder Heim: Bindungsrepräsentation, psychische Belastung und Persönlichkeit bei jungen Erwachsenen. Dissertation. Ruhr Universität Bochum.

**NÜSKEN, D. (2008):** Projektbericht: 18plus – Intentionen und Wirkungen des § 41 SGB VIII Hilfen für Volljährige. Münster: ISA.

**OBERLOSENKAMP, H. (2000):** Wir werden Adoptiv- oder Pflegeeltern. Rechtliche Erfordernisse – Folgen – Vermittlungsverfahren. München: dtv.

**OOSTERMAN, M. (2007):** ATTACHMENT to Foster Parents. Dissertation. Vrije Universiteit Amsterdam.

**OSWALD, H. (1997):** Was heißt qualitativ forschen? Eine Einführung in Zugänge und Verfahren. In: Friebertshäuser, B./Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München, S. 71-87

**PEUCKERT, R. (2012):** Familienformen im sozialen Wandel. 8. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**PFAD – Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e.V. (2016):**  
<http://www.pfad-bv.de/dokumente/Wissensdatei/Voraussetzungen%20Pflegschaft.pdf>. Zugriff vom 11.02.2016.

**PFLEGEKINDERDIENST KARLSRUHE (2013):** Erwartungen an Pflegeeltern.  
[http://www.karlsruhe.de/b3/soziales/einrichtungen/pflegekinderdienst/vollzeitpflege/erwartungen\\_pflegeeltern.de](http://www.karlsruhe.de/b3/soziales/einrichtungen/pflegekinderdienst/vollzeitpflege/erwartungen_pflegeeltern.de). Zugriff vom 13.02.2016.

**PFLÜGER, L. (1998):** Fremdbestimmung. IN: Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V. (Hrsg.): Lexikon Wissenswertes zur Erwachsenenbildung: Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand.

**PORST, R. (1985):** Praxis der Umfrageforschung. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart, Leipzig, Wiesbaden: Teubner Studienskripte.

**PRÜFER, P. & REXRODT, M. (1996):** Verfahren zur Evaluation von Survey-Fragen. ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 96/05. Mannheim: ZUMA (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen).

**PRZYBORSKI, A./ WOHLRAB-SAHR, M. (2010):** Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage. München: Oldenbourg Verlag.

**QUAMBUSCH, E. (1995):** Das Recht der Geistigbehinderten. Stuttgart: Lambertus.

**RECH-SIMON, C./ SIMON, F. B. (2014):** Survival-Tipps für Adoptiveltern. 3. Auflage. Heidelberg: Carl Auer.

**REINHOLD, C./ KINDLER, H. (2006):** Aspekte bei der Entstehung von Kindeswohlgefährdung: Gibt es Kinder, die besonders von Kindeswohlgefährdung betroffen sind? IN: Kindler, H. / Lilling, S./ Blüml, H. / Meysen, T./ Werner, A. (Hrsg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V..

**ROCK, K./ MOOS, M./ MÜLLER, H. (2008):** Das Pflegekinderwesen im Blick: Standortbestimmung und Entwicklungsperspektiven. Tübingen: dgvt.

**SASS, H./ WITTCHEN, H. U./ ZAUDIG, M./ HOUBEN, I. (2003):** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR: Textrevision. Göttingen: Hogrefe.

**SAUER, S. (2008):** Die Zusammenarbeit von Pflegefamilie und Herkunftsfamilie in dauerhaften Pflegeverhältnissen. Widersprüche und Bewältigungsstrategien doppelter Elternschaft. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich

**SCHIER, M./ JURCZYK, K. (2007):** Familie als Herstellungsleistung in Zeiten der Entgrenzung. IN: Aus Politik und Zeitgeschehen, Heft 34/ 2007. S. 10 – 17.

**SCHLEIFFER, R. (2008):** Die Pflegefamilie: Eine sichere Basis? – Über Bindungsbeziehungen in Pflegefamilien. <http://www.moses-online.de/artikel/die-pflegefamilie-eine-sichere-basis-ueber-bindungsbeziehungen-pflegefamilien> (Zugriff vom 18.02.2016)

**SCHMIDT-LAUBER, B. (2001):** Das qualitative Interview oder: Die Kunst des Reden-lassens. IN: Göttisch, S. / Lehmann, A. (Hrsg.): Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie. Berlin: Reimer Verlag, 165-186.

**SCHMUTZLER, H.-J. (2006):** Handbuch Heilpädagogisches Grundwissen. Die frühe Bildung und Erziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Freiburg im Breisgau: Herder.

**SCHNELL, R./ HILL, P./ ESSER, E. (1995):** Methoden empirischer Sozialforschung. 5. völlig überarbeitet und erweiterte Auflage. München: Oldenburg Verlag.

**SCHOLL, A. (2003):** Die Befragung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

**SCHONE, R./ GINTZEL, U./ JORDAN, E. (2007):** Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster: Votum.

**SCHEURER-ENGLICH, H. (1989):** Das Bild der Vertrauensbeziehung bei zehnjährigen Kindern und ihren Eltern. Bindungsbeziehungen in längsschnittlicher und aktueller Sicht. Dissertation. Universität Regensburg.

**SCHWEITZER, H. (2007):** Soziologie der Kindheit. Verletzlicher Eigen-Sinn. Wiesbaden: VS.

**SIMMEL, C. (2007):** Risk and Protective Factors Contributing to the Longitudinal Psychosocial Well-Being of Adopted Foster Children. IN: Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15. Jg., S. 237 -249.

**STATISTISCHES BUNDESAMT (2016a):** Kinder- und Jugendhilfe. Hilfe zur Erziehung, Außerhalb des Elternhauses, Art der Hilfen, nach Jahren. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe/Tabellen/HilfenErziehungAusElternhaus.html> (Zugriff vom 07.02.2016).

**STATISTISCHES BUNDESAMT (2016b):** Kinder- und Jugendhilfe. Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses, persönliche Merkmale, Art der Hilfe. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe/Tabellen/HilfenErziehungAusElternhausMerkmale2014.html> (Zugriff vom 07.02.2016).

**STATISTISCHES BUNDESAMT (2016c):** Pressemitteilung Nr. 340 vom 16.09.2015: Unbegleitete Einreisen Minderjähriger aus dem Ausland lassen Inobhutnahmen 2014 stark ansteigen. [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15\\_340\\_225.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15_340_225.html) (Zugriff vom 07.02.2016).

**STATISTISCHES BUNDESAMT (2016d):** Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe, für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige, Vollzeitpflege. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/ErzieherischeHilfeVollzeitpflege5225115147004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/ErzieherischeHilfeVollzeitpflege5225115147004.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff vom 16.02.2016).

**SALGO, LUDWIG (2014):** Möglichkeiten und Grenzen der Verbleibensordnung zur Sicherung der Kontinuität. IN: Coester-Waltjen, D./ Lipp, V./ Schumann, E./ Veit, B. (Hrsg.): Das Pflegeverhältnis – zeitlich befristete oder dauerhafte Lebensperspektive für Kinder? 12. Göttinger Workshop zum Familienrecht 2013. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.

**SCHIER, M./ JURCZYK, K. (2007):** „Familie als Herstellungsleistung“ in Zeiten der Entgrenzung. IN: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament. 34/2007, S. 10-17.

**STEINKE, I. (1999):** Kriterien qualitativer Forschung – Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung: Weinheim: Beltz. S. 20.

**STOVALL, K. C./ DOZIER, M. (2000):** The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. IN: Development and Psychopathology, 12. Jg. S. 133 – 156.

**STOVALL, K. C./ DOZIER, M. (2004):** Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. IN: Development and Psychopathology, 16., S. 253 – 271.

**THEUNISSEN, G. (2008):** Geistige Behinderung und Lernbehinderung. Zwei inzwischen umstrittene Begriffe in der Diskussion. IN: Geistige Behinderung. 47. Jg. Heft 2/ 2008. S. 127-136.

**THRUM, K. (2007):** Ergebnisse der Pflegekinder-Fallerhebung des DJI. Arbeitspapier. München: Deutsches Jugendinstitut.

**TIREY, A. (1996):** Das Pflegekind in der Rechtsgeschichte. Köln: Böhlau Verlag.

**TRÄGER, J. (2009):** Familie im Umbruch: Quantitative und qualitative Befunde zur Wahl von Familienmodellen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**UNABHÄNGIGER BEAUFTRAGTER FÜR FRAGEN DES SEXUELLEN KINDESMISSBRAUCHS:** <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/> (Zugriff vom 20.02.2016).

**VAN IJZENDOORN, M. H. (1995):** Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, And Infant Attachment: A Meta-Analysis On The Predictive Validity Of The Adult Attachment Interview. IN: Psychological Bulletin, 117. Jg., S. 387 – 403.

**VASCOVICS, L. A. (2009):** Segmentierung der Elternrolle. IN: Burghart, G. (Hrsg.): Zukunft der Familie. Prognosen und Szenarien, Sonderheft 6 der ZfF, S. 269-296. Opladen und Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

**WALTER, M. (2004):** Bestandsaufnahme und strukturelle Analyse der Verwandtenpflege in der Bundesrepublik Deutschland. Abschlussbericht. Bremen: Universität Bremen.

**WITTKOWSKI, J. (1994):** Das Interview in der Psychologie. Interviewtechnik und Codierung von Interviewmaterial. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 35.

**WOLF, K. (2015):** Die Herkunftsfamilien-Pflegefamilien-Figuration. IN: Wolf, K. (Hrsg.): Sozialpädagogische Pflegekinderforschung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 181 – 209.

**WOLF, K. (2014):** Sehr junge Kinder in Pflegefamilie. IN: Kissgen, R./ Heinen, N. (Hrsg.): Trennung, Tod und Trauer in den ersten Lebensjahren. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 195-212.

**WYGOTSKI, L. S. (1987):** Ausgewählte Schriften (2). Arbeiten zur psychischen Entwicklung der Persönlichkeit. Köln: Pahl-Rugenstein.

## **Anhang**

- I**       Suche nach Interviewpartnern
- II**       Interviewleitfaden
- III**      Einleitung zu Beginn des Interview
- IV**      Einverständniserklärung zum Interview
- V**       Kontaktbogen zum Interview
- VI**      Transkriptionsregeln
- VII**     Transkribierte Interviews
  - Transkribiertes Interview 1: Familie A.
  - Transkribiertes Interview 2: Familie B.
  - Transkribiertes Interview 3: Familie C.
  - Transkribiertes Interview 4: Familie D.
  - Transkribiertes Interview 5: Familie E.
  - Transkribiertes Interview 6: Familie F.
  - Transkribiertes Interview 7: Familie G.
- VIII**    Zusammenfassungsmasken aller Interviews
  - (0)    Legende zum Verständnis der Zusammenfassungsmasken
  - (I)    Zusammenfassungsmasken Interview 1: Familie A.
  - (II)   Zusammenfassungsmasken Interview 2: Familie B.
  - (III)   Zusammenfassungsmasken Interview 3: Familie C.
  - (IV)   Zusammenfassungsmasken Interview 4: Familie D.
  - (V)    Zusammenfassungsmasken Interview 5: Familie E.
  - (VI)   Zusammenfassungsmasken Interview 6: Familie F.
  - (VII)   Zusammenfassungsmasken Interview 7: Familie G.

## Suche nach Pflegefamilien als Interviewpartner



Sehr geehrte Damen und Herren,  
für eine wissenschaftliche Studie suche ich derzeit Pflegefamilien als Interviewpartner.

Voraussetzung ist, dass Sie aktuell ein Pflegekind mit einer geistigen Behinderung in Pflege haben. Hinzu kommt die Bereitschaft, ein ca. 1 - 1 ½ stündiges Interview mit mir zu führen (gerne bei Ihnen zu Hause oder auch an einem neutralen Ort).

Bei Interesse und Nachfragen wenden Sie sich bitte zeitnah wie folgt an mich!

*Anne-Kathrin Lang*

Mail: [REDACTED]

Telefon: [REDACTED]

Handy: [REDACTED]

Bildquelle<sup>39</sup>

<sup>39</sup> <http://thumbs.dreamstime.com/t/ein-kleiner-mann-des-detektivs-d-der-unter-einer-lupe-auf-wei%C3%9Fem-hintergrund-schaut-etwas-sucht-oder-findet-29889176.jpg>  
(Zugriff vom 22.02.2013)

## Anhang II: Interviewleitfaden

### I. Fragen zum persönlichen Profil

1. Waren oder sind Sie Pflegevater/ Pflegemutter?
2. Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt der Inpflegenahme?
  - ⇒ jünger als 25 Jahre
  - ⇒ 26 Jahre bis 35 Jahre
  - ⇒ 36 Jahre bis 45 Jahre
  - ⇒ 46 Jahre bis 55 Jahre
  - ⇒ 56 Jahre und älter
3. Wie alt war Ihr/e Partner/in zum Zeitpunkt der Inpflegenahme?
  - ⇒ jünger als 25 Jahre
  - ⇒ 26 Jahre bis 35 Jahre
  - ⇒ 36 Jahre bis 45 Jahre
  - ⇒ 46 Jahre bis 55 Jahre
  - ⇒ 56 Jahre und älter
4. Wie viele Wochenstunden sind Sie (laut Arbeitsvertrag) zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig?
5. Wie alt war Ihr Pflegekind zum Zeitpunkt der Inpflegenahme?
  - ⇒ < 1 Jahr
  - ⇒ 1 - < 3 Jahre
  - ⇒ 3 - < 6 Jahre
  - ⇒ 6 - < 9 Jahre
  - ⇒ 9 - < 12 Jahre
  - ⇒ 12 - < 14 Jahre
  - ⇒ 14 - < 16 Jahre
  - ⇒ > 16 Jahre



## II. Fragen zum Profil der Pflegefamilie und des Pflegekindes

6. Welchen Familienstand hatten Sie zum Zeitpunkt der Inpflegenahme?

- ⇒ ledig; verheiratet, zusammen lebend
- ⇒ verheiratet, getrennt lebend
- ⇒ geschieden
- ⇒ verwitwet

7. Hat sich Ihr Familienstand nach der Inpflegenahme verändert?

- ⇒ ja
- ⇒ nein

8. Leben weitere Kinder in Ihrer Familie?

- ⇒ nein, keine weiteren Kinder
- ⇒ ja, 1 weiteres Kind
- ⇒ ja, 2 weitere Kinder
- ⇒ ja, 3 und mehr weitere Kinder

9. Wie alt sind die weiteren Kinder Ihrer Familie?

- ⇒ jünger als das Pflegekind
- ⇒ älter als das Pflegekind

10. Leben weitere Pflegekinder in Ihrer Familie?

- ⇒ nein, keine weiteren Pflegekinder
- ⇒ ja, 1 weiteres Pflegekind
- ⇒ ja, 2 weitere Pflegekinder
- ⇒ ja, 3 und mehr weitere Pflegekinder

11. Wie alt sind die weiteren Pflegekinder Ihrer Familie?

- ⇒ jünger als das Pflegekind über das gesprochen wird
- ⇒ älter als das Pflegekind über das gesprochen wird

### **III. Fragen zu den Motiven und zur Motivation der Aufnahme eines Pflegekindes**

12. Von wem ging der Wunsch aus, ein Pflegekind in die Familie aufzunehmen?
  - ⇒ sowohl von der Pflegemutter, als auch vom Pflegevater
  - ⇒ von der Pflegemutter
  - ⇒ vom Pflegevater
13. Welche Motivation hatten Sie, ein Pflegekind in die Familie aufzunehmen?
14. Inwieweit entsprach die Aufnahme eines Pflegekindes Ihren persönlichen Lebensentwürfen?
15. Wussten Sie zum Zeitpunkt der Inpflegenahme, dass Ihr Pflegekind eine Behinderung/ eine geistige Behinderung hat?
  - ⇒ ja, es war uns bekannt (mit Diagnose)
  - ⇒ ja, es war bekannt (ohne Diagnose)
  - ⇒ nein, es war uns nicht bekannt
16. Was wussten Sie zum Zeitpunkt der Inpflegenahme über Ihr Pflegekind und dessen Behinderung?
17. Zu welchem Zeitpunkt der Inpflegenahme wurde bei Ihrem Pflegekind eine geistige Behinderung festgestellt?
  - ⇒ vor der Inpflegenahme
  - ⇒ nach der Inpflegenahme
18. Welche Motivation hatten Sie, ein Pflegekind mit Behinderung/ geistiger Behinderung in die Familie aufzunehmen?
19. Welche Behinderung liegt bei Ihrem Pflegekind vor?
20. Welche Ursachen für die geistige Behinderung sind bekannt?
  - ⇒ es sind keine Ursachen bekannt
  - ⇒ es gibt erbliche Ursachen
  - ⇒ es liegt eine Chromosomenbesonderheit vor
  - ⇒ Schädigung während der Schwangerschaft durch Alkohol, ...
  - ⇒ Schädigung während der Schwangerschaft durch Unfall
  - ⇒ Sauerstoffmangel während der Geburt
  - ⇒ andere Ursachen
21. Hat Ihr Pflegekind neben der geistigen Behinderung noch weitere Behinderungen oder Beeinträchtigungen?
22. Bitte benennen Sie die genaue/n Diagnose/n Ihres Pflegekindes.

#### **IV. Fragen zu Elternschaft & persönlichen emotionalen Erleben**

23. Können Sie sich an die erste Begegnung mit Ihrem Pflegekind erinnern und mir davon erzählen?
24. Wie war Ihr emotionales Erleben zum Zeitpunkt des Kennenlernens?
25. Wie war Ihr emotionales Erleben danach?
26. Erlebten Sie mütterliche/ väterliche Gefühle?
27. Wie würden Sie diese Gefühle beschreiben?
28. Spielte/spielt das Thema „Behinderung“ bei Ihrem emotionalen Empfinden eine Rolle?
29. Was verstehen Sie unter Elternschaft?
30. Fühlen Sie sich als Eltern/ Mutter/ Vater Ihres Pflegekindes?
31. Welche Bindung haben Sie zu Ihrem Pflegekind?
32. Welche Bindung hat ihr Pflegekind zu Ihnen?
33. Haben Sie sich je darüber Gedanken gemacht, wie sehr man sich emotional an ein Kind binden darf, dass jederzeit wieder gehen könnte?
34. Gab es Krisen, von denen Sie berichten möchten?
35. Gab es jemals die Motivation, die Pflegschaft zu beenden?
36. Welche Rolle spielen die leiblichen Eltern (für ihr Pflegekind/ für Sie)?
37. Gibt es etwas, was Sie noch gerne hinzufügen würden?
38. Ist ihnen etwas eingefallen, das bisher nicht thematisiert wurde?
39. Vielen Dank für das Gespräch.
40. Wie haben Sie das gemeinsame Gespräch empfunden?

## **Anhang III: Einleitung zu Beginn des Interviews**

### **I. Einleitung**

Guten Tag, Frau/ Herr ...

Bevor wir beginnen, möchte ich mich kurz vorstellen. Mein Name ist Anne-Kathrin Lang. Im Rahmen meines Promotionsvorhabens an der Universität Erfurt möchte ich heute mit Ihnen dieses Interview führen. Ich interessiere mich für Pflegefamilien, die ein Kind mit geistiger Behinderung in Ihre Familie aufgenommen haben und für die Bedeutung der sozialen Elternschaft im Kontext der Aufnahme eines Pflegekindes mit einer geistigen Behinderung und möchte gerne, dass Sie mir Ihre Geschichte erzählen.

Das Interview ist wie folgt gegliedert: Zuerst werde ich Ihnen einige biographische Fragen stellen. Anschließend folgen Fragen zum Pflegekind und zur Pflegefamilie. Im Weiteren geht es um Motive und Ihre Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes in Ihre Familie. Dann folgen Fragen zur Elternschaft und ihrem persönlichen emotionalen Erleben.

Ich würde gerne das nun folgende Gespräch mit einem Aufnahmegerät dokumentieren und bitte um Ihr Einverständnis. Die Aufnahme wird mich später den genauen Gesprächsverlauf nachvollziehen lassen.

Das Aufnahmeprotokoll werde ich nach den geltenden Datenschutzgesetzen behandeln. Es werden keine personenbezogenen Daten weitergegeben oder veröffentlicht. Des Weiteren werden alle Angaben, aus denen Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können schon im Rahmen der Transkription des Interviews anonymisiert und auch bei der Wiedergabe im Rahmen meiner wissenschaftlichen Arbeit anonym behandelt.

Alle Frage, die ich im Rahmen unseres Interviews an Sie richten möchte, habe ich in diesem Leitfaden festgehalten. Der Interviewleitfaden unterstützt mich im Gesprächsverlauf. Es werden aber nicht alle Fragen schematisch nacheinander abgefragt. Es ist sehr wahrscheinlich, dass wir gelegentlich von den Fragen des Leitfadens abweichen, um bestimmte Aspekte ausführlicher zu besprechen. Ich bitte Sie auch, mir zu signalisieren, wenn Sie mit meiner gestellten Frage nichts anfangen können oder Sie meine Frage für nicht richtig gestellt halten.

## Anhang IV: Einverständniserklärung zum Interview

### Einverständniserklärung zum Interview

Interviewerin: Anne-Kathrin Lang

Forschungsprojekt: Pflegefamilien mit Kindern mit geistiger Behinderung

Interviewpartner/in: \_\_\_\_\_

Interviewdatum: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojektes an einem Interview teilzunehmen. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen oder meine Einwilligung in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und im Anschluss in Schriftform gebracht wird. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben die Rückschlüsse zu meiner Person ziehen lassen aus dem Text entfernt und/ oder anonymisiert. Es werden keine personenbezogenen Daten weitergegeben oder veröffentlicht.

---

Ort, Datum

Unterschrift

## Anhang V: Kontaktbogen zum Interview

### Kontaktbogen zum Interview (Angaben erfolgen freiwillig!)

Vorname/ Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonkontakt: \_\_\_\_\_

Mailkontakt: \_\_\_\_\_

☐

Ich möchte nach Beendigung des Forschungsprojektes  
über die Ergebnisse informiert werden.

## Anhang VI: Transkriptionsregeln

Die vorliegenden Transkriptionen wurden Mithilfe des vereinfachten Transkriptionssystems nach Dresing & Pehl (vgl. Dresing & Pehl 2011) umgesetzt und den Bedürfnissen des vorliegenden Datenmaterials entsprechend modifiziert. Auf das Einsetzen von Zeitmarken wurde verzichtet.

1. Es wird wörtlich transkribiert. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt.
2. Bei Wort- und Satzabbrüchen sowie Stottern kommt es zu einer Glättung bzw. Auslassung. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung verwendet werden.
3. Wortverschleifungen (so`n für so ein) werden an das Schriftdeutsch angenähert und nicht transkribiert.
4. Die ursprüngliche Satzform wird trotz syntaktischer Fehler beibehalten.
5. Die Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet. Bestehende Sinneinheiten sollen beibehalten werden. Bei einem kurzen Senken der Stimme oder einer uneindeutigen Betonung wird eher ein Punkt gesetzt, als ein Komma.
6. Entstandene Pausen werden durch drei in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert.
7. Kurze Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden (mhm, aha, ja, ähm etc.) werden nicht transkribiert. Eine Ausnahme besteht, wie die Antwort nur aus einem Verständnissignal, ohne weitere Ausführungen, besteht. Je nach Interpretation kann dann ein „mhm“ als bejahend oder als verneinend interpretiert werden.
8. Wörter oder Äußerungen, die besonders betont werden, werden durch Großschreibung gekennzeichnet.
9. Jeder Beitrag erhält einen eigenen Absatz; auch kurze Beiträge werden in einem neuen Absatz transkribiert.

10. Nonverbale emotionale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die eine Aussage unterstützen oder verdeutlichen (lachen oder seufzen) werden in Klammern notiert.
11. Vermutete Wortlaute sowie verständniserweiternde Informationen werden in Klammern gesetzt (z.B. die Pflege Tochter).
12. Wörter die unverständlich sind, werden mit (unv.) gekennzeichnet.
13. Zu Absatzbeginn wird die interviewende Person durch ein „I“ und die befragte Person durch ein „B“ gekennzeichnet.
14. Eine Anonymisierung erfolgt bereits während der Transkription. Dabei werden Namen und Ortsnamen anonymisiert. Namen werden zum besseren Verständnis in Umschreibungen umgewandelt (z.B. der Pflegesohn, das Pflegekind etc.). Ortsnamen werden ausgelassen und durch „XX“ ersetzt.



## Anhang VII: Transkribierte Interviews

### Transkribiertes Interview 1: Familie A.

01	<b>I:</b>	Wir wollen ja heute über 2 Pflegekinder sprechen.
02	<b>B:</b>	Ja, über einen Pflegesohn und eine Pflegetochter.
03	<b>I:</b>	Sie sind aktuell Pflegemutter? Wie viele Pflegekinder haben Sie?
04	<b>B:</b>	Ja, die beiden und von einem gesunden Pflegekind.
05	<b>I:</b>	Wie alt waren Sie denn jeweils zum Zeitpunkt der Inpflegenahme?
06	<b>B:</b>	Ich? (Lachen)
07	<b>I:</b>	Ja, es geht um Sie.
08	<b>B:</b>	Bei meinem Pflegesohn war ich 32 und bei der Pflegetochter war ich 43.
09	<b>I:</b>	Wie alt war Ihr Partner zum Zeitpunkt der Aufnahme?
10	<b>B:</b>	Ich war bei meinem Pflegesohn allein erziehend und bei meiner Pflege-
11		tochter war mein Ehemann zwei Jahre älter.
12	<b>I:</b>	Wie viele Wochenstunden sind Sie momentan berufstätig?
13	<b>B:</b>	Gar nicht, weder beim Pflegesohn, noch bei der Pflegetochter.
14	<b>I:</b>	Und Ihr Lebenspartner?
15	<b>B:</b>	Ich bin im Moment wieder alleinerziehend.
16	<b>I:</b>	Wie alt waren denn die Kinder zum Zeitpunkt der Inpflegenahme?
17	<b>B:</b>	Der Junge war 7 Wochen alt und das Mädchen war 6 Monate alt. (Pause)
18	<b>I:</b>	Welchen Familienstand hatten Sie zum Zeitpunkt der Inpflegenahme?
19	<b>B:</b>	Beim Jungen war ich ledig und beim Mädchen verheiratet.
20	<b>I:</b>	Hat sich der Familienstand danach verändert?
21	<b>B:</b>	Ja, erst die Heirat und dann die Scheidung. (Lachen)
22	<b>I:</b>	Leben weitere Kinder in Ihrer Familie?
23	<b>B:</b>	Ja, zwei leibliche Kinder und noch ein Pflegekind und immer wechselnde ein
24		bis zwei Kurzzeitpflegekinder.
25	<b>I:</b>	Wie alt sind die weiteren Kinder zum jetzigen Zeitpunkt?
26	<b>B:</b>	Meine leiblichen Kinder sind 22 und 12, sind beides Jungs. Und das weitere
27		Pflegekind ist 18.
28	<b>I:</b>	Jetzt geht es weiter mit dem Thema Motive und Motivationen, Pflegekinder in
29		Ihre Familie aufzunehmen. Von wem ging der Wunsch aus, ein Pflegekind in
30		die Familie zu nehmen? Welche Motivation hatten Sie, ein Kind
31		aufzunehmen? Wie haben Sie davon erfahren?
32	<b>B:</b>	Ich war alleinerziehend. 1991 ist mein erster Sohn geboren. Und ich habe von
33		Anfang an Tageskinder aufgenommen, damit ich zu Hause sein konnte und
34		habe dann im Rahmen von Jugendamtsveranstaltungen erfahren, dass es
35		Pflegekinder gibt und Kurzzeitpflegekinder. Das da immer Eltern gesucht
36		werden und das hat mich interessiert und da habe ich mich dann beworben.
37		Und das ging dann ganz schnell, dass mir meine Pflegetochter ins Haus
38		schneite. Da war mein leiblicher Sohn dann vier und ich bekam ein sechs
39		Monate altes Mädchen. Eigentlich in Kurzzeitpflege, aber nun ist sie 18. Also,
40		sie ist geblieben. Und eineinhalb Jahre später ist dann der Junge zu mir
41		gekommen. Da hat mich das Jugendamt gefragt, ob ich noch ein weiteres Kind
42		in Kurzzeitpflege nehmen könnte. Ich war ja wie gesagt die ganze Zeit
43		alleinerziehend. Und da habe ich ja dazu gesagt, weil mir das so einen Spaß
44		gemacht hat. Also zu Hause zu sein, zu Hause zu arbeiten. Diese Mischung aus
45		Familie und Beruf, das fand ich total toll. Und bei ihr war einfach die
46		Motivation, dass der Junge schon 16 ist und das ich das noch einmal wollte

47		(...) ich wollte noch einmal einem behinderten Kind ein zu Hause geben. Und
48		hatte mich dann speziell für ein schwerbehindertes Kind beworben.
49	<b>I:</b>	Jeweils zum Beginn der Aufnahme des jeweiligen Kindes, warum entsprach
50		die Aufnahme Ihrem Lebensentwurf. Können Sie dazu etwas sagen? Es hat ja
51		Gründe, dass es Ihrem Lebensentwurf entsprochen hat. Es gab ja Gründe das
52		Kind aufzunehmen.
53	<b>B:</b>	Da habe ich ja eben bereits ausgeholt. Aber dieses Familiäre, zu Hause zu sein.
54		Interesse an Erziehung, an Sozialarbeit und diese Kinder zu fördern. Mir hat
55		es alles sehr viel Spaß gemacht und dieses Hintergrundwissen, dass ich mir
56		dann auch aneignen musste, diese Kreise in denen ich dann auf einmal
57		unterwegs war. Die Pflegeeltern, Therapeuten, Behinderteneinrichtungen,
58		das hat mich alles so sehr fasziniert. Das ist so eine Welt, finde ich, die mehr
59		Tiefgang hat. Und das hat mir so gefallen.
60	<b>I:</b>	Ja, Dankeschön. Wussten Sie denn jeweils zum Zeitpunkt der Inpflegenahme,
61		dass die Kinder eine Behinderung haben?
62	<b>B:</b>	Beim Pflegesohn wusste ich das überhaupt nicht. Das war ein sieben Wochen
63		alter Säugling und das wusste auch kein anderer, das hat einfach keiner
64		geahnt, obwohl die Eltern auch leicht geistig behindert sind. Das hätte man
65		erahnen können. Das kam dann erst mit der Zeit heraus, dass da eine schwere
66		Behinderung vorlag.
67		Bei ihr wusste ich das ja, weil ich mich ja genau dafür beworben habe.
68	<b>I:</b>	Was wussten Sie denn jeweils zum Zeitpunkt der Aufnahme über die beiden
69		Kinder?
70	<b>B:</b>	Über ihm wusste ich nur, das war ein Baby, wo der Vater wohl auch
71		ausgerastet ist, also mit diesem Schreikind nicht zurechtkam. Nun sechs
72		Wochen sollte es nun bei mir bleiben um festzustellen, ob die Eltern ihn
73		wieder nehmen können. Und von daher wusste ich gar nichts und brauchte
74		auch gar nicht so viel wissen, weil es ja eigentlich ein Kurzzeitpflegekind war.
75		Und es stellte sich dann so nach und nach heraus, der lag nur auf dem Rücken
76		und guckte nur in die Luft und das hat er ein Jahr lang gemacht. Also das kam
77		dann so nach und nach, das da irgendwas nicht stimmte. Und bei ihr wusste
78		ich die gesamte Krankengeschichte. Ich hatte alles vom Krankenhaus, vom
79		Arzt. Ich hatte alles gelesen. (Pause)
80	<b>I:</b>	Wann wurde Ihnen bewusst, dass Ihr Pflegekind eine Behinderung hat? Was
81		war dann bekannt und welche Diagnosen waren damit verbunden?
82	<b>B:</b>	Also beim Jungen, dadurch das er sich gar nicht entwickelte, also das der still
83		stand, wurde ich dann auch zur Humangenetik überwiesen. Da wurde das
84		Fragile-X-Chromosom vermutet. Das ist aber nicht der Fall gewesen. Dann
85		heiß es immer wieder, hat die Mutter Alkohol getrunken? Das ist aber
86		definitiv auch nicht der Fall gewesen. Da hat sich wohl irgendwas vererbt. Es
87		ist wohl ein Genfehler. Aber es hieß alles erst einmal entwicklungsverzögert
88		oder eben stark entwicklungsverzögert. Und diese Schere die wurde natürlich
89		immer größer. Mit einem Jahr hat er dann gelernt, sich umzudrehen. Das war
90		so der erste Erfolg. Also, der stand ganz schön still. Und bei ihr stand alles
91		schon vorher fest. Also ich hatte Einsicht in alle Krankenakten und ich wusste,
92		dass das ein schwerstmehrfach behindertes Kind ist. Da war, dadurch das
93		ihre Behinderung durch Verletzungen entstanden ist und kein Genfehler ist.
94		Also, sie ist gesund zur Welt gekommen, wurde misshandelt von den Eltern.
95		Also geschüttelt, geschlagen, beim Schütteln aufgeschlagen und
96		Behinderungen, die von Verletzungen gekommen sind, natürlich schwierig
97		vorauszusagen. Die Ärzte sind auch vorsichtig. Ja, es hieß dann, eine
98		Lernbehinderung hat sie bestimmt, aber eigentlich wird sie ein Vollpflegefall
99		sein. So irgendwo dazwischen bewegte es sich. Ja, es war mir halt egal, was

100		auch immer dann herauskommt.
101	<b>I:</b>	Welche Ursachen sind denn da noch bekannt?
102	<b>B:</b>	Bei ihm ist es weiterhin unklar. Da hat man jetzt drei defekte Gene gefunden.
103		Aber diese drei Gene sind bei der Mutter auch defekt und die ist lange nicht so
104		schwer behindert, wie er. Das einzige was man bei ihm gefunden hat ist eine
105		Dandy-Walker-Zyste, also eine Missbildung im Kleinhirn, weswegen er eben
106		Koordinationsprobleme hat. Er ist Epileptiker und das kann mit dieser
107		Dandy-Walker-Geschichte eben zusammen hängen, wird es wohl auch. Dann
108		ist er hyperaktiv, dann ist er schwer autistisch. Die Frontlappen-Epilepsie
109		bringt Aggressionen mit sich, die er so nicht steuern kann, ja. Er hat eine
110		Essstörung. Keine Geschmacksnerven, kein Sättigungsgefühl. Pflegestufe drei.
111		Also er muss ständig beaufsichtigt werden. Er kann laufen, er wird auch
112		konsequent gewickelt. Ein Wortschatz von eigentlich zwanzig, dreißig
113		Worten. Er kann so ein bisschen was verstehen, so wenn ich einfach mit ihm
114		rede.
115		Bei ihr ist es so, dass sie viele Knochenbrüche hatte. Unter anderem auch den
116		Kopf doppelt gebrochen hatte. Und durch das Schütteltrauma hat sich das
117		Gehirnwasser an vielen Stellen aufgestaut, also ballonartig aufgebläht. Was
118		das Gehirn zurück gedrängt hat. Dadurch hat sie einen erheblichen
119		Gehirnverlust. Da war noch die Gefahr, dass sich das Gehirn noch weiter
120		zurück bildet. Ist aber nicht, es ist zumindest stehen geblieben. Ähm, sie hat
121		elf Kopf-OPs hinter sich und jetzt ein Drainage-System im Kopf, also einen
122		Shunt mit Ventil. Es läuft also auch ab. Das Gehirnwasser läuft nicht mehr von
123		alleine. Das macht eben das Ventil und das System. Das ist so eine Art
124		ständige Lebensgefahr, da es ja auch jederzeit aussetzen kann. Aber sie ist so
125		ganz fröhlich im Moment. Im Moment haben wir so gar keine
126		gesundheitlichen Probleme.
127	<b>I:</b>	Was steht den bei Ihrer Pflgetochter genau bei den Diagnosen?
128	<b>B:</b>	Da steht Hirnatrophie, also das Gehirn bildet sich zurück. Dann eben Shunt
129		versorgtes Kind nach Schütteltrauma. Mh (...) das war es schon.
130	<b>I:</b>	Besucht sie noch den Kindergarten oder ist sie bereits eingeschult?
131	<b>B:</b>	Ja, noch den Kindergarten.
132	<b>I:</b>	Und Ihr Pflegesohn?
133	<b>B:</b>	Der geht in die 11. Klasse Förderschule.
134	<b>I:</b>	Schwerpunkt Geistige Entwicklung wahrscheinlich?
135	<b>B:</b>	Ja, genau.
136	<b>I:</b>	Gibt es da irgendetwas, was sie noch ergänzen wollen? Auch aus der
137		Perspektive des jeweiligen Pflegekindes?
138	<b>B:</b>	Bei den Diagnosen, ich würde mal sagen beide Kinder sind traumatisiert.
139		Wobei sie natürlich schwersttraumatisiert ist. sie hat ja nun wirklich Angst
140		um ihr Leben gehabt. Drei Monate auf der Intensivstation verbracht. Das hing
141		ganz schön am seidenen Faden und das hat man gemerkt dieses Trauma. Das
142		ist auch immer noch da. Ja (...).
143	<b>I:</b>	War sie die ersten sechs Monate in ihrer Herkunftsfamilie?
144	<b>B:</b>	Sie war zweieinhalb Monate als das heraus kam und sie auf die
145		Intensivstation kam. Da war sie knapp drei Monate und dann ging es in die
146		Reha. Und wir konnten dann, das war weit weg im Osten. Wir konnten dann
147		die Reha-Klinik wechseln, sodass wir quasi eine Anbahnung machen konnten
148		und die Reha-Klinik hier in meiner Nähe nehmen konnten. Und da war sie
149		auch noch einmal vier Wochen. Und dann mit sechs Monaten kam sie dann zu
150		mir. (kurze Pause)
151	<b>I:</b>	Dann hat Ihre Pflgetochter auch die Pflegestufe?

152	<b>B:</b>	Ja (...). Sie hat dieses Jahr unwahrscheinliche Fortschritte gemacht. Auch
153		wegen einer Delfintherapie. Das hat irgendwie etwas gebracht, das sie wacher
154		geworden ist.
155	<b>I:</b>	Wo waren Sie zur Delfintherapie?
156	<b>B:</b>	In Florida. Ich wollte die Delfine im Meer und nicht im Schwimmbad. (kurze
157		Pause) Und seitdem kann sie aber sitzen. Und das war überhaupt nicht zu
158		sehen. Es war ja das Kind, das auf dem Boden lag.
159	<b>I:</b>	In was für eine Einrichtung geht Ihre Tochter
160	<b>B:</b>	Ein heilpädagogischer Kindergarten. Also, es ist einfach das Kind, was auf
161		dem Boden liegt, auf dem Boden spielt. Da kann keiner über den Kopf
162		springen und auch überhaupt keiner an diesen Kopf stoßen. Das ist einfach
163		hoch empfindlich. Und auch nicht ganz ungefährlich. Ich weiß noch, wo ich sie
164		aufgenommen habe im Krankenhaus da haben sie so dermaßen auf mich
165		eingeredet, dass ich eigentlich am besten so schräg gegenüber der Klinik eine
166		Wohnung nehmen soll oder am besten einen Hubschrauberlandeplatz in
167		meinen Garten bauen soll.
168	<b>I:</b>	Es verändert sich sicher auch mit der Zeit, dass man eine andere Sicherheit
169		gewinnt.
170	<b>B:</b>	Ja, ich bin ruhiger geworden. So ganz extrem ist es auch nicht. Oder wir haben
171		es eben noch nicht erlebt. Aber ich bin hier auch schnell in (XX), da ist die
172		Neurochirurgie.
173	<b>I:</b>	War es schon auch notwendig?
174	<b>B:</b>	Ja, es ist dann besser auch mal mit einem Fehlalarm da hin zu fahren. Lieber
175		einmal mehr, ja genau.
176	<b>I:</b>	Wie ist denn das Netz, wenn mit Ihnen mal etwas ist? können Sie das alles so
177		alleine leisten? Es ist ja auch eine körperliche Belastung.
178	<b>B:</b>	Ja das geht irgendwie. Mein großer Sohn ist nun ausgezogen, der war
179		natürlich eine große Hilfe. Ansonsten habe ich auch einen Babysitter, der
180		auch vom Fach ist. Das muss schon ein Heilerzieher sein. So das Mädchen von
181		nebenan, geht natürlich gar nicht. Auch so, wenn ich zweimal die Woche
182		abends beim Sport bin oder so. also, die Entlastung die gönne ich mir dann
183		auch. Ich denke ohne dem würde ich das auch nicht schaffen. Und für ihn
184		nehme ich eben auch die Kurzzeitpflege, die Verhinderungspflege in
185		Anspruch, das kann ich mir mit ihr noch so gar nicht vorstellen. Wenn wir mal
186		in den Skiurlaub fahren, dann nehme ich den Babysitter mit. Ich kann das
187		dann auch anders abrechnen. Aber sie jetzt irgendwo hingeben, ich weiß
188		nicht. Sie ist noch so klein.
189	<b>I:</b>	Haben Sie eine gute Möglichkeit zur Verhinderungspflege gefunden?
190	<b>B:</b>	Für den Pflegesohn ist es sehr schwierig, weil ja auch eben diese
191		Aggressionen da mit herein spielen. Und es geht ja bei ihm auch darum, ja
192		irgendwann wird er 18 und soll ausziehen. Ich habe glaube ich 80
193		Einrichtungen in Norddeutschland durch, wo ich überall Absagen habe. Also,
194		dass ist gang ganz schwierig bei ihm und ich habe jetzt eine einzige. Da fahre
195		ich bis nach sonst wo, ja. Es sind auch viele, wo er schon war, die zugesagt
196		haben und die dann hinterher gesagt haben, den nicht mehr. Also, da kann ich
197		ein Buch darüber schreiben über Kurzzeitpflegeeinrichtungen und über
198		Verhinderungspflegeeinrichtungen. Da machen schon Ärzte und Jugendämter
199		die Witze, ja bauen Sie doch eine.
191	<b>I:</b>	Ja, manchmal keine schlechte Idee.
192	<b>B:</b>	Ja (Lachen), ja.
193	<b>I:</b>	Das können Sie sich ja für danach vielleicht auf die Fahnen schreiben.
194	<b>B:</b>	Ja (Lachen). Ja er ist da wirklich sehr besonders, was die Erziehung und das

195		angeht.
196	<b>I:</b>	Ja, ganz spannend. Hut ab. (...). Wir sind jetzt bei den Fragen zur Elternschaft. Können Sie sich an die erste Begegnung mit den Kindern erinnern? Wie war es, als Sie Ihrem Pflegesohn das erste Mal begegnet sind? Da können Sie ruhig etwas weiter ausholen. Wie war der Kontext? Wie haben Sie davon erfahren? Wie war dann der Weg? Wie war es, als Sie ihn dann gesehen, kennen gelernt haben?
197		
198		
199		
200		
201		
202	<b>B:</b>	Bei ihm war das so, das mich das Jugendamt angerufen hat und erzählt hat ob ich mir das vorstellen könnte, einen sieben Wochen alten Säugling aufzunehmen, vielleicht für sechs Wochen. Der zwar nicht misshandelt wurden ist, weil sie prüfen müssen ob die Eltern das schaffen. Da habe ich gesagt, ja das mache ich. Dann haben wir im Jugendamt noch einmal die Diagnosen und so besprochen. Ich glaube da habe ich auch die Mutter kennen gelernt. Und dann bin ich mit dem Jugendamt zusammen ins Krankenhaus gefahren und habe ihn da das erste Mal gesehen. Ihn mir sein Vater ihn so kompliziert auf den Arm drückte, das er sich das Bein verdrehte und er dann gleich anfang zu schreien. Und was ich bei ihm unwahrscheinlich auffällig fand, war die Blässe. Er war ein super blasses Kind. So ein blass-graues Kind habe ich noch nie gesehen. Als er sah eigentlich aus wie tot, so blass war er. Aber als er sich dann beruhigt hatte und das Bein nicht mehr wehtat, grinste er mich an mit seinen sieben Wochen. Das fand ich auch ganz erstaunlich. Und für mich war dann klar, also diese Eltern sind irgendwie geistig behindert. Und ich dachte, wenn das mal mit sechs Wochen getan ist. Okay. Ich hatte damals auch nur so eine kleine Wohnung und ich war an Dauerpflege eigentlich auch gar nicht so interessiert. Und dann konnte er ein paar Tage später dann entlassen werden und da habe ich ihn dann aus dem Krankenhaus nackig abholt, sage ich mal.
203		
204		
205		
206		
207		
208		
209		
210		
211		
212		
213		
214		
215		
216		
217		
218		
219		
220		
221		
222	<b>I:</b>	Wie entwickelte er sich dann weiter? Aus der Kurzzeitpflege wurde dann ja irgendwie Dauerpflege.
223		
224	<b>B:</b>	Ja, das hat dein zwei Jahre gedauert. Die Eltern haben dann doch gekämpft. Es ging dann darum, dass die Eltern sich trennen sollten, damit die Mutter mehr eine Chance hat. Der Vater hat sich dann zurückgezogen. Da hat er sich auch dran gehalten. Das war unproblematisch. Die Mutter hat sehr gekämpft, auch eine Anwältin gehabt, die sich da sehr dafür eingesetzt hat. Und für mich war immer klarer, die schafft das nicht. Das war eine ganz liebe nette, aber sie schaffte das nicht so. Und da gab es dann immer wieder Gerichtsverhandlungen. Es wurde immer wieder versucht ihn zurück zu führen und der hat mit Spucken darauf reagiert. Auf jedem Kontakt. Also er hat sich eigentlich zwei Jahre lang übergeben. Als bei mir waren Teppiche versaut, also die Karotten. Kaum das Kind angezogen, ins Auto gepackt, angeschnallt war wieder alles voll. Also es war einfach ein Leben im Erbrochenen zwei Jahre lang. und dann kam die letzte Gerichtsverhandlung, wo es dann hieß, also sie bekommen ihr Kind nie wieder. Lassen sie es jetzt gut sein. Und da hörte er auf zu Spucken. Und da war es dann vorbei. Ja, und das war dann erst einmal ganz schwierig. wurde aber später dann sehr viel besser. Das waren dann zwei Jahre Kurzzeitpflege eigentlich.
225		
226		
227		
228		
229		
230		
231		
232		
233		
234		
235		
236		
237		
238		
239		
240		
241	<b>I:</b>	Wir bleiben jetzt noch bei Ihrem Pflegesohn. Wie war denn zum Zeitpunkt des Kennenlernens Ihr emotionales Erleben? An was können Sie sich da erinnern?
242		
243		
244	<b>B:</b>	Also, die Mutter missachtete mich. Also, die guckte mich gar nicht an. Das war wie ein rotes Tuch. Das konnte ich aber auch so verstehen. Der Vater, weiß ich nicht, das war zumindest ein Gesprächspartner. Mit dem hatte ich aber nicht mehr so viel zu tun. Das emotionale Empfinden war so, dass die Mutter
245		
246		
247		

248		es so aussehen ließ, das ich ihr das Kind wegnehme und auch die ganze
249		Familie der Mutter da so hinter steckte, die ich alle sehr auffällig fand. Und
250		ähm, ich fand es schwierig mit so, Lügengeschichten ist nicht das richtige
251		Wort, aber die Mutter die griff natürlich nach jedem Strohalm und sagte
252		dann, wo ich sagte, mit ihm stimmt etwas nicht, der ist gar nicht gesund. Da
253		hieß es eben, ja der ist nur bei dir behindert und bei mir ist er gesund. Oder
254		der braucht nur bei dir eine Brille, bei mir kann er gucken. Ja, das fand ich
255		schon schwierig. ich hatte aber immer die gute Rückendeckung vom
256		Jugendamt. Und dadurch dass er ja von Anfang an ein Kurzzeitpflegekind sein
257		sollte, habe ich mich da immer wieder zurück genommen. Also ich versuchte
258		die ganze Zeit, mich im Griff zu haben. Das war dann ja auch noch ein anderes
259		Thema, als es dann nach zwei Jahren hieß, also okay er wird nicht
260		zurückgeführt, also ich bin alleinerziehende Mutter und hatte schon zwei
261		Kinder, da soll jetzt ein drittes hin und so? Mh, aber da war er schon zwei
261		Jahre bei mir und da musste ich schon deutlich sagen, dass ich ihn dann jetzt
263		nicht mehr hergebe.
264	<b>I:</b>	Haben Sie mütterliche Gefühle erlebt?
265	<b>B:</b>	Ja, für ihn ja. Also (...).
266	<b>I:</b>	Von Anfang an?
267	<b>B:</b>	Mh, ich habe sie versucht, so unter Vorbehalt zu halten. Das glückt manchmal
268		eine Weile und dann kommt es wieder anders durch. Und gerade dann, wenn
269		es dann hieß jetzt schaffen die Eltern das doch, dann (...). Das war so ein hin
270		und her. Dieses loslassen müssen und dann ist wieder was schief gegangen
271		und dann konnte ich ihn wieder so lieb haben, wie eine Mutter ihr Kind lieb
272		hat. Und das war dann dieser Wechsel. Der hat mich dann schon ziemlich
273		fertig gemacht.
274	<b>I:</b>	Da gehört ja auch sicher viel Selbstschutz dazu.
275	<b>B:</b>	Ja, also dieses hin und her. Ja, wenn ich ihn dann hätte wieder hergeben
278		müssen nach zwei, drei Monaten. Gut, dann wäre es eben dieses Trauergefühl
279		gewesen und dann hätte ich mich damit beschäftigt. Es war aber eben dieses
280		hin und her zwei Jahre lang und was mich da auch hat sehr Mutter sein lassen
281		war, auch zu sehen, wie die anderen Kinder damit umgehen. Also mein
282		großer Sohn und meine Pflegetochter, wie die ihn vergötterten. Wie das für
283		sie ganz klar ihr kleiner Bruder war. Das war ein ganz normales
284		Familienleben. Da ging mir das Herz auf. Also das war noch viel mehr
285		Muttergefühl, diese drei Kinder zu sehen.
286	<b>I:</b>	Fühlten Sie sich und fühlen Sie sich als Mutter von ihm? Welche Rolle spielen
287		da auch Begrifflichkeiten?
289	<b>B:</b>	Mh (...).
290	<b>I:</b>	Vom Status wissen wir, es ist ein Pflegekind, dennoch haben wir vielleicht ja
291		ein anderes Empfinden dazu.
292	<b>B:</b>	Ähm, es gab immer nur das Wort Mama bei uns, weil mein großer Sohn das so
293		vormachte. Die Pflegetochter das dann genau so machte und vermutlich hätte
294		er das gemacht, also Mama sagt er bis heute nicht. Er sagt manchmal so ein
295		„ama“, das sagt er zu seiner leiblichen Mutter genauso, wie zu mir. Also, es
296		war immer auch schon so eine doppelte Mutterschaft für mich. Schon die
297		leiblichen Mütter mit ins Boot zu holen. Ja, und die Mutterrolle zu leben, die
298		Muttergefühle zu haben. Ja, aber ich bin Pflegemutter (...).
299	<b>I:</b>	Was verstehen Sie unter Mutterschaft, unter Elternschaft?
300	<b>B:</b>	Mh, (...), ja, das Leben das eine Mutter hat. Die Rolle, die ist in meinen Augen
301		viel wichtiger, als das Kind zu gebären. Und (...) bei mir fängt immer die
302		Mutterrolle, die Muttergefühle an, wenn sich das Kind soweit in die Familie

303		eingelebt hat, dass der Geruch identisch ist. also ein Kind, das rein kommt, das
304		riecht anders. Und wenn ich dann alle Wäsche durchgewaschen habe und bis
305		alles nur noch mit meinem Shampoo ist, das dauert immer so eins, zwei, drei
306		Wochen und dann ist das alles eins. Dann ist das alles eine Suppe und denke
307		ich da auch gar nicht mehr darüber nach. Dann sind wir die Familie. Und
308		vorher ist das irgendwie, da ist dann ein Abstand. Und der geht bei mir mit
309		diesem Geruch weg.
310	<b>I:</b>	Fühlen Sie sich als Mutter von ihm?
311	<b>B:</b>	Ja (...). Ja.
312	<b>I:</b>	Hat jemals das Thema Behinderung eine Rolle gespielt, auch in Bezug auf Ihr
313		emotionales Empfinden?
314	<b>B:</b>	Ähm, nein, ich habe das so ein bisschen als Rettung für ihn gesehen, auch
315		wenn sich das vielleicht doof anhört, aber ich glaube das die leibliche Mutter
316		mit einem gesunden Kind vielleicht noch so gerade eben zurecht gekommen
317		wäre. Und von daher, aber auch so mehr schlecht als recht. Und von daher
318		kann man vielleicht sagen, das ist ein Glück für ihn gewesen so zu sein. Und
319		für mich war dann ja Behinderung etwas vollkommen Neues. Wie immer,
320		wenn man so ein behindertes Kind nimmt. Und das war total interessant.
321		Also, ihn zu begreifen, in allen Bereichen. Auch die Ablehnung, die so von der
322		Bevölkerung kommt. Die Hilfe, die Unterstützung, die kommt. Die Ärzte, das
323		Umfeld, was ich da kennen gelernt habe. Ja, das war ein ganz anderes Leben
324		auf einmal. Das war plötzlich nicht einfach nur Tupperparties, sondern das
325		war Physiotherapie. Also, ich fand das toll. Ich fand das so toll, dass mich das
326		wirklich motiviert hat, an der Abendschule mein Abi nachzumachen und
327		Sozialpädagogik zu studieren. Also, das war das, wo ich mich beruflich und
328		familiär noch ausleben konnte. Und das ist alles nur passiert, weil er mir ins
329		Haus geschneit ist. Ja.
330	<b>I:</b>	Welche Bindung haben Sie zu ihm?
331	<b>B:</b>	Ähm, die ist sehr eng. Also, die ist sehr sehr eng, weil einfach die meisten
332		Leute ihn nicht haben wollen. Hört sich hart an, aber ich kann auch diese
333		Leute verstehen. So, als er klein und niedlich war ging es noch. Aber je älter er
334		wurde, durch die Epilepsie hat er unwahrscheinlich starke Muskeln. Und ja,
335		es ist mit dem Alter natürlich auch immer schwerer. Ja, ich kann jeden
336		verstehen, der ihn nicht haben will, der ihn nicht mag. Das konfrontiert mich
337		durch die Jahre immer wieder. Und trotzdem finde ich ihn toll. Also, ich liebe
338		dieses Kind, und er ist so wie er ist. und gegenseitig ist das auch so. Also, er
339		und ich haben eine sehr intensive Bindung. Also wir reden miteinander ohne
340		Worte. Man kann ja mit ihm nicht reden, aber (...).
341	<b>I:</b>	Das wäre meine nächste Frage. Welche Bindung hat er zu Ihnen?
342	<b>B:</b>	Ja, die ist auch sehr eng. Er verlässt sich total auf mich und das war so im
343		Rahmen meiner Scheidung, das ist wahrscheinlich das beste Beispiel, wo ich
344		dann doch wochenlang geweint habe. Das zog so einem Autisten wie ihm den
345		Boden unter den Füßen weg. Also, das war nachher bis zur Psychiatrie-
346		einweisung, weil er mich so nicht kannte und dann mal neben mir stand. Da
347		kann er dann nichts damit anfangen. Ich weiß auch nicht, wie dann mal so
348		eine Trennung aussehen wird. Das wird auch nicht so leicht sein. Aber die
349		Beziehung, die war schon immer sehr eng. (Pause)
350	<b>I:</b>	War von Seiten des Jugendamtes immer von einer Dauer die Rede oder war
351		da immer auch sehr viel Unsicherheit dabei?
352	<b>B:</b>	Damals nicht. Das ist ja heutzutage so, sie können jederzeit zurückgeführt
353		werden, wenn man das wieder aufrollt. Das war ja damals offiziell auch so.
354		Aber wir hatten einen Familienrichter der einfach sagte, nein sie bekommen

355		ihr Kind nicht wieder. So, wir haben es jetzt zwei Jahre lang versucht. Es ist
356		alles gescheitert und jetzt ist Schluss. Das war so der klare Text, mit dem die
357		Mutter auch etwas anfangen konnte. Na klar war die traurig, aber es war
358		trotzdem traurig. Es war auch fair, ich finde ihr gegenüber. Und nicht dieses
359		Hinhalten. Vielleicht, irgendwann doch noch einmal. Und das war für sie eine
360		klare Aussage und damit konnte sie leben und das war einfach das Beste, was
361		uns passieren konnte, dass dieser Richter da Klartext gesprochen hat.
362	<b>I:</b>	Noch einmal darauf zurück zu kommen. Haben Sie sich schon einmal darüber
363		Gedanken gemacht, wie sehr man sich emotional an ein Kind binden darf,
364		dass eigentlich jederzeit wieder gehen könnte?
365	<b>B:</b>	Ich sag mal, es ist ja mein Problem, ob dann ein Kind wieder gehen muss. Ob
366		ich dann leide. Ich bin erwachsen. Ich muss mir dann Hilfe suchen, ob ich das
367		mit Therapie oder ohne Therapie dann schaffe. Das ist einfach mein Problem,
368		das ich dann habe. Schlimmer finde ich es dann mit anzusehen, wie dann
369		Geschwister reagieren.
370	<b>I:</b>	Das ist auch etwas ganz wichtiges, das Sie da ansprechen. Man nimmt ja nicht
371		alleine ein Kind auf, sondern ein Kind wird ja von der ganzen Familie
372		bestenfalls aufgenommen.
373	<b>B:</b>	Ja, das ist schon schwierig, gerade wenn man Kinder aufnimmt, die im
374		gleichen Alter sind wie die leiblichen und die gehen dann nach Jahren wieder.
375		Also das haut ganz schön um. So einen Fall hatte ich auch, wo dann ein Jahr
376		lang mit dem Pflegekind im Geiste weitergespielt wurde. Das ist schon heftig.
377		Ich glaube aber nicht, dass ich mich von vorne herein schon schützen kann
378		oder schützen will. Nein ich weiß nicht, so ich liebe dich unter Vorbehalt,
379		nein. Lieber dann richtig in die Bindung, die Beziehung gehen und wenn es
380		dann so sein soll, dann werde ich auch das überleben. Also, da kann ich nicht
381		vorarbeiten. Nein. Glaub nicht.
382	<b>I:</b>	Das betrifft ja auch die ganze Familie. Auch mitunter Großeltern, wenn die
383		auch räumlich da sind, dann ist das ja auch ein wichtiger Faktor.
384	<b>B:</b>	Ja, da haben wir jetzt nicht so die Thematik mit. Das sind so sehr die
385		Geschwister, die Freunde.
386	<b>I:</b>	Ja, dann schauen wir mal zu Ihrer Pflege Tochter. Gehen wir noch einmal
387		wieder zurück zu der Fragestellung, die erste Begegnung. Vom Bekannt-
388		werden bis zur ersten tatsächlichen Begegnung.
389	<b>B:</b>	Also mir wurde von Bundesverband für behinderte Pflegekinder, wo ich mich
390		beworben hatte ein Arztbericht zugeschickt. Noch so als geschwärzt. Und den
391		las ich mir doch. Darin erklärte man dann die Diagnosen und das Alter und
392		das sagte mir sofort zu. Und dann habe ich das dann wirklich in der Familie
393		besprochen und 24 Stunden später zugesagt und dann bin ich in das
394		Krankenhaus gefahren. Das war auch innerhalb von ein paar Tagen. Eben 400
395		km weit weg und habe sie dort das erste Mal gesehen. Also, ich wurde dort in
396		ein Zimmer gebeten. Nein, erst ins Jugendamt, dann mit dem Jugendamt auf
397		die Intensivstation und dort mit dem Chefarzt, Stationsarzt und Kranken-
398		schwester gesessen und nochmal darüber geredet und dieses, aber sie wissen
399		doch, das sie behindert sein kann. Ja, deswegen sitze ich hier. Und ja, sie
400		geben sie aber nicht wieder weg, wenn sie sie nicht mehr wollen. Nein. War
401		auch ganz süß irgendwie. Und dann kam dann eine Krankenschwester mit ihr
402		auf dem Arm rein, so Flasche in der Hand und ich kriegte sie gleich. So, sie
403		können ja schon mal Flasche geben. Und dann hab ich erst einmal Falsche
404		gegeben. Also sie war, irgendwie ein ansprechendes Kind. Hatte einen total
405		verformten Kopf, durch dieses Liegen auf der Intensivstation und die ganzen
406		OPs. Also, der war sehr verzogen. Ähm, dass ich so die Schönheit dieses
407		Kindes woanders suchen musste. Irgendwie im Blick oder überhaupt in



408		diesem zarten süßen Mädchen, die einfach einen sehr hilflosen Eindruck
409		machte. Durch diese Spastik war sie total verkrampft. Also wie Stahlbeton,
410		ein Baby aus Stahlbeton hatte ich da wirklich auf dem Arm. Da waren Arme
411		und Beine gar nicht zu bewegen. Der Kopf ließ sich nicht drehen, das war
412		alles fest. Und die Flasche trank sie mehr schlecht als recht. Ja, und dann habe
413		ich um sie, sie sollte den nächsten Tag in die Reha gehen, dann habe ich den
414		Tag auf der Intensivstation verbracht und bin da so ein paar Stunden
415		mitgelaufen. Ja und konnte da auch noch einmal alle medizinischen Fragen
416		stellen. Das war ganz prima. Bin dann mit ihr auch noch ein bisschen
417		spazieren gegangen auf dem Gelände. Also das ganze medizinische, was ein
418		Hydrozephalus ist, das konnte ich da alles abdecken. Und für mich stand die
419		ganze Zeit fest, das ist mein Kind. Die nehme ich auf jeden Fall. Dann bin ich
420		wieder nach Hause gefahren. Dann mit dem Jugendamt, da ist dann viel
421		telefonisch gelaufen, so wie wir das mit den Eltern machen. Das war dann
422		ganz klar, dass wird so eine inkognito-Geschichte. Zu den Eltern ist überhaupt
423		kein Kontakt. Geschwister wurden da auch heraus genommen. Das war wohl
424		eine sehr heftige Misshandlung. Da wurde auch ein Strafverfahren eingeleitet.
425		Die Eltern sind einmal auf der Intensivstation gewesen. Einmal und haben ihr
426		Kind besucht. Und als sie die Stimmen hörte, vom Vater überwiegend,
427		schossen alle Monitore in die Höhe, so dass es gleich brenzlich wurde und die
428		Ärztin dann sagte, bitte gehen sie und kommen sie nicht wieder. Das war so
429		die letzte Begegnung mit dem Kind. Und ich hatte dann herausgefunden, dass
430		die Reha-Klinik in der sie lag den gleichen Träger hatte wie die Reha-Klinik
431		hier in der Nähe. Und da wurde sie dann problemlos umgelegt. Und dann bin
432		ich dann zwei Wochen lang in die Reha-Klinik jeden Tag gefahren, habe dort
433		die Therapien mit begleitet und dann ist sie zu uns gekommen.
434	<b>I:</b>	Können Sie sich noch an Ihr emotionales Erleben zu dem Zeitpunkt erinnern?
435		Im Krankenhaus? Und dann auch in der ersten Zeit zu Hause?
436	<b>B:</b>	Also ich habe mich in sie unglaublich schnell verliebt. Das war glaube ich,
437		dadurch das schon vorher eine sehr gute Abklärung war, das ist ein
438		Dauerpflegekind, da gibt es viel Arbeit, gerade so auf der medizinischen und
439		therapeutischen Ebene und eher wenig Arbeit auf der Elternebene. Das
440		passte so gut in meine Familie. Da hatte ich es bei einigen Kindern anders
441		rum. Elternarbeit finde ich auch sehr interessant, mache ich auch sehr gerne.
442		Da war ich aber auch schon ausgeschöpft in dem Bereich. Und dies war ein
443		anderer Bereich. Das fand ich wieder toll und ähm, ja weiß ich nicht. Bei ihr
444		hatte ich immer so das Gefühl, was ich ihr gebe, das bleibt in ihr drin. Jeder
445		Kuss, jedes Knuddeln blieb einfach so in ihr drin. Das hat keiner mehr kaputt
446		gemacht. Von daher ist da von Anfang an eine sehr liebevolle und sichere
447		Bindung entstanden. Wobei zu dem Zeitpunkt natürlich noch zu überlegen
448		war, ob sie überhaupt bindungsfähig ist, ob sie überhaupt Urvertrauen
449		wiederfindet. Das medizinische, die Spastik war heftig und das Trauma war
450		heftig. Sie hat wirklich mit Tränen in den Augen und angsterfüllt geschrien,
451		wenn eine laute Männerstimme zu hören war. Ja, das war sehr viel Angst in
452		diesem Kind.
453	<b>I:</b>	Sie haben das Thema Bindung schon angesprochen. Welche Bindung hat sie
454		zu Ihnen? Wie schätzen Sie das ein?
455	<b>B:</b>	Mh, (...) am Anfang keine. Sie hat immer Ärzte und Krankenschwestern
456		angestrahlt. Also das waren glaube ich für Sie die Retter. Auch in dieser Reha-
457		Klinik und auch hinterher. Wenn männliche Ärzte sie dann angefasst hatten,
458		dann war es wieder vorbei, da kam wieder Panikgeschrei. Aber so gerade
459		Krankenschwestern, das waren ihre Bindungspersonen. Die fand sie toll. Bei
460		mir hat es sehr lange gedauert. Und ganz schlimm war es mit anderen

461		männlichen Personen. Mein großer Sohn oder der männliche Babysitter, den
462		ich nun einmal habe. Bis sie da jemand wickeln durfte oder ich habe es auch
463		einfach gemieden. So dass ich dann erst einmal die Grundversorgung alleine
464		gemacht habe. Aber das hat sehr lange gedauert. (Pause)
465		Also, die Bindung zu mir, da war einfach kein Vertrauen. Das hat gedauert. Ich
466		meine das hat bis nach ihrem dritten Geburtstag gedauert, bis sie wirklich
467		verinnerlicht hat, wer so zu ihr gehört. Wer ihre Familie ist und dann ab so
468		dem dritten Geburtstag hat sich das dann schon entwickelt, dass sie da
469		Vertrauen hatte und auch immer wenn dann jemand Fremdes dazu kam, dass
470		sie sich dann rückversicherte. Mh, wer redet da mit mir. Also, da war so ein
471		normales Fremdeln. Ja und mittlerweile ist sie sehr offen geworden.
472		Manchmal denke ich schon fast zu offen. Ich will nicht sagen distanzlos. Im
473		Moment ist sehr viel Vertrauen da. Auch zu Fremden. Und männliche Ärzte
474		dürfen sie jetzt auch anfassen. Hätte ich nicht gedacht, dass es so gut wird.
475	I:	Ja und so groß ist die Spanne ja nicht (zeitlich). In ihrem jungen Lebensalter.
476		Und die Bindung Ihrerseits zu ihr?
477	B:	Das ist mein Kind. Das ist meine kleine Schnecke.
478	I:	Und auch so mit der Überschrift mütterliche Gefühle, von Anfang an?
479	B:	Ja. Jaja, total.
480	I:	Auch bereits im Krankenhaus, in der Reha?
481	B:	Ja, auch. Mh, ja. (...)
482	I:	Spielte das Thema Behinderung oder auch Ihre Erfahrungen da eine Rolle?
483	B:	Mh, (...) also ich fühlte mich bei ihr wie so ein alter Hase. Wusste ja schon.
484		Hatte ja schon alle Termine bei Logopäden und Krankengymnastin gemacht,
485		bevor sie ja überhaupt aus der Reha entlassen war und freute mich da auch
486		drauf. Mh, sie war so ein hilfloses Wesen, das weckt natürlich Muttergefühle,
487		aber ich wollte sie natürlich auch fördern. Ja, weiß ich nicht. Also ich fand
488		immer an mir so auffällig, dass ich nun immer gesagt habe, das ist das
489		hübscheste Mädchen der Welt und wenn hier der Medizinische Dienst war,
490		dann äh einen schönen Kopf wird sie nicht mehr kriegen. Also, das ein oder
491		andere böse Wort ist dann auch mal gefallen, aber ich sehe das nicht. Ich kann
492		das so nicht sehen. Ich finde, es ist so ein hübsches, süßes Kind. Ja, weiß es
493		nicht. Und ich glaub dann ist es auch um einen geschehen. Ich bin da nicht
494		mehr neutral, etwas zu sagen. Mein liebes Mädchen.
495		
496	I:	Noch einmal zum Thema Mutterschaft, Elternschaft. Fühlen Sie sich als
497		Mutter, als Mama von [P2]?
498	B:	Ja.
499	I:	Gibt es irgendetwas, was Sie ergänzen möchten?
500	B:	Es ist ja auch irgendwie entspannt, weil es eben überhaupt keine
501		Elternkontakte gibt. Die sind so weit weg. Und das ist eigentlich für mich ein
502		entspanntes Mutter-Dasein. So das dieses Pflegekind so ein bisschen
503		verbuddelt ist. Anders beim Pflegesohn, wobei da ein sehr sehr gutes
504		Verhältnis zu der Mutter und auch zum Vater ist. was ich sehr genieße. Wobei
505		mir die Elternarbeit sehr viel Spaß macht. Das ist eigentlich traumhaft. Das
506		könnte kaum besser sein. Und das sind zwei vollkommen unterschiedliche
507		Dinge, die ich aber beide toll finde. Aber wenn Sie das jetzt so ansprechen,
508		dann ist es schon so, ich bin Pflegemutter und das andere, da könnte man fast
509		sagen, ich bin Mutter. Wobei ich das vergesse.
510	I:	Es ist ja tatsächlich etwas, was viele Pflegeeltern berichten, dass sie das
511		Zwischenzeitlich vergessen, dass dieser Pflegestatus also gar keine Rolle
512		oftmals im Alltag spielt. Also, erst dann wieder wenn man merkt man hat
513		unterschiedliche Namen, müssen manchmal Fragen bei Jugendamt, wenn

514		man etwas unterschreibt.
515	<b>B:</b>	Bei mir ist immer das Nachfragen, wo kommt die Behinderung her. Und wenn
516		ich dann sage, sie wurde misshandelt, dann muss ich natürlich dazu sagen,
517		das ist meine Pflegetochter. Dann kommt es immer raus. Aber ansonsten. Ich
518		kriege hier sowieso immer blonde und blauäugige Kinder mit abstehenden
519		Ohren (lachen), also das passt alles. Da würde nie einer darauf kommen.
520		Wobei mir das nicht unbedingt wichtig ist. ich will ja nicht so tun, als seien
521		wir eine normale Familie. Wir sind schon eine unnormale Familie und das ist
522		auch gut so.
523	<b>I:</b>	Welche Rolle spielen denn die leiblichen Eltern bei ihr?
524	<b>B:</b>	Gar keinen Kontakt. Also die haben meine Telefonnummer. Und am Anfang
525		hat sich die Mutter auch ab und zu gemeldet und hat nach ihr gefragt. Da ist
526		überhaupt gar kein Verständnis für diese Behinderung. Also das ist wohl
527		vollständig verdrängt. Sie fragte dann so, kann die Kleine schon krabbeln?
528		Kann sie dies und kann sie das schon? Nein, kann sie nicht. Und immer wenn
529		sie dann ihr nächstes Kind bekam, war wieder Ende mit Kontakt und es
530		wurde so im Laufe der Zeit immer weniger. Und ähm, der Vater ist nicht
531		verurteilt. Da hat es wohl so eine Absprache gegeben, dass er
532		Bewährungsaufgaben bekommen hat, obwohl er nicht verurteilt wurde. Und
533		da haben sie wohl irgend so einen Deal gemacht. Ja, es ist halt schwierig
534		irgendwie. Irgendwie tun mir diese Eltern auch leid. Ich glaube schon, dass
535		die auch eine ganz schwere Kindheit hatten. Sonst wären sie nicht zu diesen
536		Dingen fähig gewesen. Ja, bloß das sie sie so losgelassen haben und da jetzt
537		nicht mehr dran ziehen und sie nicht zurück haben wollen, das rechne ich
538		denen hoch an. Sie hat es ja überlebt. Er hat in letzter Sekunde den
539		Rettungswagen geholt. Und das sollte wohl alles so sein.
540	<b>I:</b>	Den Kontakt zu den Eltern Ihres Pflegesohnes haben Sie ja bereits
541		angesprochen, gibt es da etwas, was zu ergänzen ist?
542	<b>B:</b>	Ja, der Vater wohnt etwas weiter weg. Und man hatte ihm eben gesagt, er soll
543		sich erst einmal ein paar Jahre fern halten. Das hat er auch gemacht. Und
544		dann haben wir, als er vier war angefangen, einmal im Jahr einen Besuchs-
545		kontakt zu machen. Und jetzt seit drei, vier Jahren hat er viermal im Jahr
546		einen Besuchskontakt. Da kommt er mit einem Betreuer. Da gibt es Kaffee
547		und Kuchen. Und er kriegt ein T-Shirt. Ach, das ist ein schöner Nachmittag.
548		Total Klasse. Und bei der Mutter hat er seit ewig und immer alle 14 Tage den
549		Samstag Besuchskontakt. Da geht er dahin und hat auch seinen schönen Tag.
550		Wenn Familienfeiern sind, machen wir das alles zusammen. Er hatte
551		Konfirmation, da habe ich die ganze Bagage eingeladen. Andererseits, wenn
552		die Mutter Geburtstag hat, lädt sie mich mit ein und ihn natürlich. Also, es ist
553		sehr unkompliziert. Das war am Anfang natürlich ganz anders. Also ich war
554		lange Zeit für sie eine böse Konkurrentin. Aber ich glaube ich habe dann
555		irgendwann mal den Satz gesagt, wenn du jetzt nicht aufhörst mich mit
556		deiner Anwältin zu bedrohen, dann gebe ich ihn ins Kinderheim, ich halte das
557		nicht mehr aus. Und das wollte sie dann glaube ich doch nicht. Und von da an
558		ist es dann wirklich besser geworden. Und mittlerweile ist es eben wirklich
559		fast eine freundschaftliche Ebene. Also, wir schenken uns gegenseitig etwas
560		zum Muttertag. Ist schon süß oder? (Lachen)
561	<b>I:</b>	Ja, das bedeutet schon was. (Lachen)
562		Ja (...) Sie haben bereits ganz viel erzählt. Gab es auch Krisen im Laufe der
563		Jahre?
564	<b>B:</b>	Mit den Eltern? Oder auch mit den Kindern?
565	<b>I:</b>	Mit den Eltern, den Kindern oder auch anderen Situationen. Wo es für Sie
566		nicht weiterging, anscheinend. Wo Sie vielleicht auch daran dachten, das

567		Pflegeverhältnis zu beenden.
568	<b>B:</b>	Also, diese ersten zwei, zweieinhalb Jahre war es bei ihm schon schwierig,
569		weil die Mutter mich wirklich mit ihrer Anwältin angriff. Danach wurde es ja
570		dann besser. Was ich dann eben schwierig fand war, als er dann eben so groß
571		und kräftig wurde und in der Schule so deutlich wurde, das er da nicht
572		erwünscht ist und ich ständig, also jede Woche dann angerufen wurden bin
573		aus der Schule von der 4. Klasse an. Er ist aggressiv, holen Sie ihn ab. Und ich,
574		durch die Angst dass er so eine Unbeschulbarkeitserklärung bekommt, habe
575		ich das eben gemacht. Und das fand ich ganz schön anstrengend. Wenn ich die
576		Vormittage nicht mehr zum Luftholen hatte, beziehungsweise sowas banales
577		wie einen Frisörtermin nicht mehr einhalten konnte, weil ich ihn wieder aus
578		der Schule holen musste. Das fand ich sehr belastend. Das ging Jahre lang so.
579		bis da jemand auf die Idee kam, einen Schulbegleiter in einer Förderschule
580		anzuschaffen, was nicht ganz leicht war, aber dann gelungen ist. dann wurde
581		das besser. Aber trotzdem berichtete mir auch dieser Schulbegleiter, das er
582		an dieser Schule nicht erwünscht ist und alle darauf drängten, dass zu
583		dramatisieren, damit diese Unbeschulbarkeitserklärung kommt. Und wenn
584		ich die Lehrer darauf angesprochen habe, also nein, was sie immer denken.
585		Also, die Schulsituation finde ich echt schwierig. und die ist heute eigentlich
586		immer noch schlimm. Also der Schulbegleiter ist da und der versucht auch,
587		vielen zu retten. Trotzdem ist er da lange nicht integriert, wie ich mir das
588		eigentlich wünschen würde. Und ich muss ganz klar sagen, wenn er nicht zur
589		Schule gehen dürfte, würde ich das hier nicht schaffen. Da sind die Ferien, die
590		Wochenenden. Das ist schon ganz schön anstrengend. So gesellschaftsfähig
591		ist er eben nicht. Und was mich mit ihm sehr aus der Bahn geworfen hatte
591		war damals, wo meine Scheidung los ging und ich eben mal neben mir stand.
592		Und er dann so bissig und gefährlich und aggressiv war, das es zu einer
593		Einweisung in die Psychiatrie kam, die sehr dramatisch war. Er hat hier mit
594		zwei Kinderärzten gekämpft und er reagierte auf keine Sedierungsmittel und
595		war dann sechs Wochen in der Psychiatrie. Im Nachhinein sage ich jetzt, das
596		war ein Glücksfall, weil er dadurch medikamentös super dann eingestellt
597		wurde. Und da habe ich mich vorher gefragt, Mensch was habe ich mich da
598		abgequält. Das hätte auch mal vorher eskalieren können und dann hätte er
599		dann schon Aggressionshemmer. So und seitdem, das ist jetzt drei Jahre her,
600		seitdem ist er jetzt gut auf die Medikamente eingestellt. Ich habe auch
601		Notfallmedikamente. Wenn er mehr epileptische Anfälle hat, dann ist er auch
602		mehr aggressiv. Aber da gab es von meiner Seite her vorher immer die
603		Überlegung, wie lange schaffe ich das noch. Und dann war es so, als er dann in
604		der Psychiatrie lag, mir dann das Jugendamt sagte, okay jetzt Trennung. Wir
605		suchen eine Einrichtung. Sofort raus. Und da habe ich dann auch schon
606		wirklich Abschiedsbriefe geschrieben. Und gesagt okay, er wird hier nicht
607		mehr 18, er geht schon mit 14, aber das haben sich alle nicht so vorgestellt,
608		das ihn keiner haben will. Ich habe da wirklich eine Einrichtung nach der
609		anderen angefragt und das war ja auch nicht gerade billig, wenn ich da durch
610		halb Norddeutschland fahre und ihn vorstelle. Das Gesundheitsamt hat mich
611		unterstützt, das Jugendamt hat mich unterstützt. Und ich dachte dann, wieso
612		ist das eine Unterstützung, ich will den ja eigentlich gar nicht loswerden. So
613		und dann habe ich gesagt, so wenn ihr das alle wollt, dass er in eine
614		Einrichtung kommt, dann sucht ihr die doch. Weil ich habe einfach alle durch.
615		Ich habe mich überzeugen lassen, dass es hier nicht mehr geht. Ich habe alles
616		getan. Es hat nicht funktioniert. So, im Moment läuft es so gut das ich denke,
617		es ist egal, wie lange er noch bleibt. Er kann auch gerne bis 21 bleiben. Weiß
618		ich nicht. Ich möchte einen guten Platz für ihn finden. Und im Moment gibt es

619		überhaupt keinen Grund ihn gehen zu lassen. Es sei denn ich habe jetzt einen
620		tollen Platz. Aber den habe ich ja nicht.
621	<b>I:</b>	Wie alt ist er jetzt?
622	<b>B:</b>	Sechszehn.
623	<b>I:</b>	Ja, gibt es an dieser Stelle etwas, was Ihnen noch eingefallen ist?
624	<b>B:</b>	Also, ich finde es schwierig, Behörden klar zu machen, dass dieses Kind es
625		hier am besten hat und das es noch geht. Dass ich mich noch wohl fühle. Das
626		alles in Ordnung ist, ohne den Vorwurf zu kriegen, sie klammern. Das finde
627		ich ganz schwierig klar zu machen. Bei einem nichtsprechenden Kind, so ich
628		spreche für das Kind. Und dann merke ich doch, dass andere da so denken,
629		was die sich einbildet, der ist geistig behindert. Der kriegt das eh nicht so mit,
630		der kann auch woanders wohnen. Ob er dann zusammen bricht. Das kann ja
631		keiner sagen.
632	<b>I:</b>	Das ist ja dann ein Übergang, der da geschaffen werden muss. Das kann man
633		nicht abrupt mit dem 18. Lebensjahr beenden.
634	<b>B:</b>	Ja. Ja. (...)
635	<b>I:</b>	Ich denke auch gerade auch in dem Bereich der Pflegekinder mit den
636		Besonderheiten ist auch das 18. Lebensjahr schwierig. das kann zu diesem
637		Zeitpunkt kein Schnitt sein.
638	<b>B:</b>	Also jetzt im letzten Hilfeplanprotokoll stand halt an zwei Stellen. Für ihn
639		wurde noch keine Einrichtung gefunden, aber er bleibt längstens bis zum 18.
640		Geburtstag in der Pflegefamilie. Woraufhin auch die Mutter mich ganz
641		aufgeregt anrief und fragte, wie am 18. Geburtstag. Nein weiß ich nicht. Das
642		Jugendamt hat nichts gefunden (keine Einrichtung). Und ich habe auch nichts
643		gefunden, aber erst einmal so einen Satz schreiben. Aber ich sehe das im
644		Moment ganz entspannt. Es kommt so, wie es kommen muss. Ich hatte mich
645		ja bereits emotional von ihm verabschiedet und gesagt, okay ich lasse ihn
646		jetzt gehen. Er ist woanders besser aufgehoben. Aber das ist ja wie gesagt
647		schon drei Jahre her. Und jetzt genießen wir halt jeden Tag. Und manchmal ist
648		er in aggressiven Phasen, wo ich sage okay, kannst ihn dann auch irgendwann
649		gehen lassen. Und dann ist es eben auch so lange Zeit ruhig und so lieb mit
650		ihm. Wo ich dann denke, nein das möchte ich jetzt auch noch ein paar Jahre
651		genießen. Das war früher viel schwerer. Also das sind jetzt einfach auch
652		Fortschritte, die ich jetzt auch genießen kann.
653	<b>I:</b>	Ihre Pflegetochter ist jetzt wie alt?
654	<b>B:</b>	Sie ist jetzt fünfeinhalb.
655	<b>I:</b>	Da haben Sie ja auch noch eine schöne Wegstrecke vor sich.
656	<b>B:</b>	Ja (...)
657	<b>I:</b>	Da müssen wir hoffen, dass es dann auch Einrichtungen überall gibt, wo man
658		dann den Übergang gut gestalten kann. Das ist ja wichtig für alle Pflegeeltern
659		und für alle Eltern von Kindern mit Behinderungen. Sich dann auch klar zu
660		machen, dass man dann auch loslässt. Nicht gleich mit 18, aber auch nicht
661		erst mit 50, wenn das Kind fünfzig ist und man selber nicht mehr kann.
662	<b>B:</b>	Nein. Nein, das möchte ich auch nicht. Das finde ich auch für die Kinder nicht
663		so gut. Ich denke so mit Anfang Mitte zwanzig ist es so allerletzte, was ich mir
664		vorstellen kann. Wenn Kinder groß sind, dann ziehen sie auch. Behinderte
665		Kinder auch. Und Anfang, Mitte zwanzig wäre so das allerletzte und für ihn ist
666		es halt ein bisschen schwieriger eine Einrichtung zu finden. Für sie denke ich
667		wird es leichter, zumal sie auch so eine Opferentschädigungsrente hat, da ist
668		zumindest das Finanzielle abgesichert. Und für diese beiden behinderten
669		Pflegekinder sind meine beiden großen Kinder so in der Idee, die Betreuung,
670		die Vormundschaft zu übernehmen, wenn ich halt irgendwann ausscheide.

671		Mein Sohn möchte dann ihn übernehmen und meine Tochter, meine
672		Pflegetochter dann die Kleine, so dass sie sich das Weitere dann
673		organisatorisch gut vorstellen können.
674	<b>I:</b>	Ja, es ist ja durchaus ein Erbe, das man hinterlässt.
675	<b>B:</b>	Ja, das ist testamentarisch schon alles so geregelt und dann hoffen wir mal,
676		das das alles so läuft.
677	<b>I:</b>	Ja. (...) dann danke ich für das Gespräch.
678	<b>B:</b>	Gerne.

## Transkribiertes Interview 2: Familie B.

01	<b>I:</b>	Ja, das war der kleine Vorspann, jetzt lassen wir uns von der Technik auch
02		nicht mehr ablenken. Das ist ja doch etwas ungewohnt.
03	<b>B:</b>	(lachen)
04	<b>I:</b>	Um das persönliche Profil etwas abzurunden erst einmal ein paar Fragen.
05		Waren oder sind Sie Pflegemutter?
06	<b>B:</b>	Ja.
07	<b>I:</b>	Dann kommen einige Frage zur Inpflegenahme.
08		Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt der Inpflegenahme und wie alt war Ihr
09		Partner zum Zeitpunkt der Inpflegenahme?
10	<b>B:</b>	38 bin ich oder war ich da und mein Mann ist 39 da gewesen.
11	<b>I:</b>	Wie viele Wochenstunden sind Sie zum jetzigen Zeitpunkt berufstätig?
12	<b>B:</b>	Ich bin in Elternzeit.
13	<b>I:</b>	Es ist ja eine Besonderheit, dass Ihr Pflegekind noch so klein ist (...).
14	<b>B:</b>	Ja, das ist es. Sie ist ja direkt vom Krankenhaus in Obhut genommen wurden.
15		Und war dann ein Jahr lang in der Bereitschaftspflege.
16	<b>I:</b>	Ein ganzes Jahr lang. Da ist ja viel Zeit vergangen, wenn man das so betrachtet.
17	<b>B:</b>	Ja (...) elf Monate.
18	<b>I:</b>	Wie alt war Ihr Pflegekind damals?
19	<b>B:</b>	Sie war grad ein Jahr geworden, als sie gekommen ist. Sie ist gerade ein Jahr
20		gewesen.
21	<b>I:</b>	Welchen Familienstand hatten Sie zum Zeitpunkt der Inpflegenahme?
22	<b>B:</b>	Verheiratet.
23	<b>I:</b>	Hat sich der Familienstand seitdem verändert?
24	<b>B:</b>	Nein, zum Glück nicht.
25	<b>I:</b>	Leben weitere Kinder in Ihrer Familie?
26	<b>B:</b>	Ja, ein weiteres Kind.
27	<b>I:</b>	Wie alt ist das weitere Kind?
28	<b>B:</b>	Er ist fünf.
29	<b>I:</b>	Und leben weitere Pflegekinder in der Familie?
30	<b>B:</b>	Nein. Er ist adoptiert.
31	<b>I:</b>	(...) jetzt sind wir schon bei den Fragen zur Motivation zur Aufnahme eines
32		Pflegekindes. Von wem ging denn damals der Wunsch aus, ein Kind
33		aufzunehmen. Oftmals steht da ja doch eine längere Geschichte dahinter.
34		Manchmal treibt es eher ein Partner an. Manchmal treibt es beide an.
35	<b>B:</b>	Es geht ja jetzt um meine Tochter, als sie kam. Ja, eigentlich war das aus einem
36		Gespräch heraus. Ja eigentlich von beiden. Wir haben immer überlegt, ein
37		weiteres Kind und irgendwann war es dann klar.
38	<b>I:</b>	Also schon so, dass es von beiden ausgegangen ist.
39	<b>B:</b>	Ja, klar.
40	<b>I:</b>	Entsprach dann die Aufnahme Ihres Pflegekindes Ihren persönlichen
41		Lebensentwürfen? Oder war das auch sehr überraschend? Auch für andere?
42		Manchmal spiegeln das ja Mitmenschen
43	<b>B:</b>	(Lachen) Für alle anderen war es mehr als überraschend. Für uns auch. Wir
44		hatten seit letztem Sommer überlegt. Da kam dann interessanterweise durch
45		eine Bekannte hier das Gespräch auf, ein Pflegekind, noch ein weiteres
46		aufzunehmen. (...) ähm, wie gesagt da hatten wir überlegt, auch ein
47		behindertes Kind wieder aufzunehmen. Wieder mit Down Syndrom, aber wir
48		haben das nicht weiter verfolgt. Und dann habe ich und jetzt wird das ganz
49		abstrus, über Facebook von ihr erfahren. Beziehungsweise war das dann über

50		das Deutsche-Down-Syndrom-Infocenter, eine Ärztin hat dort geschrieben,
51		also auch ganz anonymisiert, ihr ist zu Ohren gekommen, beziehungsweise ist
52		sie um Hilfe gebeten wurden, dass da ein Kind ist. Die hat das Down-Syndrom,
53		ein kleines Mädchen. Und das da sehr dringend Pflegeeltern für gesucht
54		werden, weil sie schon so sehr lange in der Bereitschaftspflege ist. Und das
55		habe ich gesehen. Dann habe ich meinen Mann angeguckt. So jetzt, wenn du
56		jetzt ja sagst, da ist unsere Tochter. Und das hat tatsächlich alles so geklappt.
57		Das kam dann eigentlich doch so, wie es für uns eigentlich ganz passend ist.
58		Sehr plötzlich und dann irgendwie doch eigentlich spontan. Für alle anderen
59		eben auch sehr überraschend.
60	<b>I:</b>	Weil ja einfach auch die klassischen neun Monate Schwangerschaft wegfallen.
61	<b>B:</b>	Ja und es war für die auch wirklich sehr überraschend, dass wir eben auch
62		gesagt haben wir nehmen noch ein Kind mit Down-Syndrom. Da waren schon
63		einige sehr erschrocken. Ja.
64	<b>I:</b>	Die Reaktionen kennt man ja mitunter auch. Aber der Große, der hat auch das
65		Down-Syndrom. Das hatte ich jetzt noch gar nicht mitbekommen. Aber sicher
66		ist man da ja auch ganz anders vorbereitet und ganz anders involviert.
67	<b>B:</b>	Ja genau. Ja. (...) wir wussten, was auf uns zukommt halt.
68	<b>I:</b>	Da erübrigt sich ja fast die nächste Frage: Wussten Sie zum Zeitpunkt der
69		Inpflegenahme, dass Ihr Pflegekind eine Behinderung hat?
70	<b>B:</b>	Ja (lachen) ziemlich genau.
71	<b>I:</b>	Oftmals ist es eben so, dass es bei Kindern in diesem Alter noch nicht
72		offensichtlich ist.
73	<b>B:</b>	Ja genau, FAS und so ist ja auch erst später zu erkennen.
74	<b>I:</b>	(...) was wussten Sie genau zum Zeitpunkt der Inpflegenahme von ihr und
75		Ihrer Behinderung?
76	<b>B:</b>	Da wusste ich nur, da ist ein Kind mit (Down-Syndrom). Und dann hatte ich
77		mich halt gekümmert. Und daraufhin habe ich dann mehr erfahren. Das sie halt
78		in Obhut genommen wurde. Schon im Krankenhaus. Dass sie in einer
79		Bereitschaftspflegefamilie ist. Dass sie das Down-Syndrom hat. Das sie aber
80		keine weiteren Herzfehler ecetera oder ähnliches hat. Diese Sachen sind mir
81		dann sofort mitgeteilt wurden. Direkt beim ersten Gespräch. Noch bevor wir
82		die Kleine gesehen haben. Und bevor wir auch ein Foto gesehen haben. Das
83		war alles vorher schon klar.
84	<b>I:</b>	Und das ist ja sicher auch gut gewesen, diese Informationen erhalten zu haben.
85		Abgespalten von dem Bild, was man dann entwickelt.
86	<b>B:</b>	Genau. Das war für mich sowieso klar. Ich mein, für mich war von vornherein
87		die Entscheidung klar, ich habe mich dazu entschieden. Und jetzt ist das auch
88		so. Aber diese Sachen wollte ich auch ganz einfach wissen, bevor ich ein Bild
89		sehe. Denn wenn ich das Bild sehe, dann hat das Kind ein Gesicht. Genau.
90	<b>I:</b>	Ich komme jetzt nochmal auf die Behinderung und auf das Thema Behinderung
91		zurück. Welche Motivation hatten Sie, ein Kind mit einer Behinderung in die
92		Familie aufzunehmen?
93	<b>B:</b>	Da kann ich vielleicht, auch wenn unser Großer jetzt nicht das Pflegekind ist,
94		damit anfangen, wie da die Geschichte war. Da war es wirklich so, bei den
95		Gesprächen war das nur ganz kurz Thema, ob wir dazu bereit wären. Da habe
96		ich gesagt, ich kann das so nicht entscheiden. Das ist wirklich etwas, jetzt ist
97		die Situation und jetzt muss ich darüber nachdenken. Das ist im Vorfeld mir zu
98		extrem. Ich habe mich nicht in der Lage gefühlt alle Behinderungen, das ich
99		nun in der Lage gewesen wäre, aber als dann der Anruf kam, da hatten wir ja
100		auch nicht damit gerechnet, dann kam der Anruf hier ist ein kleiner Säugling.
101		Aber, der hat das Down-Syndrom. Wir können uns das bei Ihnen aber



102		vorstellen, sie brauchen sich jetzt nicht zu entscheiden. Aber für uns war es
103		klar. In dem Moment war es einfach klar. Und wir hätten auch sonst keine
104		Auswahl gehabt, hätten wir ein Kind bekommen können auf natürlichem Weg.
105		Ja, und als dann unsere Pflege Tochter dann kam, dann war es dann sehr
106		bewusst, dass wir gesagten haben ja bitte Down-Syndrom, bitte Trisomie 21.
107		Einfach weil wir gesagt haben zum einen, dass kennen wir, wir wissen, was auf
108		uns zukommt. Ähm, wir wissen gar nicht, ob wir den anderen Weg hätten
109		gehen können, ohne Behinderung. Das wäre wahrscheinlich für uns viel
110		schwieriger gewesen. Und vor allen Dingen auch, die beiden sind nie alleine.
111		Das war uns wichtig. Die stehen nie alleine mit ihrer Besonderheit da. Die
112		haben sich gegenseitig auch als Stütze, wenn sie älter werden und das war uns
113		auch wichtig.
114	<b>I:</b>	Spannend. (...) wir kommen ja auch die einzelnen Punkte noch zu sprechen.
115		Ähm, jetzt habe ich hier im Leitfaden auch noch einmal Fragen zur
116		Behinderung. Ich denke, das können wir auch einfach überspringen. Auch die
117		Ursachen der Behinderung, das ist ja in Ihrer Situation, mit dem Down-
118		Syndrom auch relativ einfach zu beantworten und einfach auch bekannt. Hat
119		Ihr Pflegekind denn noch weitere Behinderungen?
120	<b>B:</b>	Nein, nichts Bekanntes. Ich muss ja vorsichtig sein. Nichts bisher Bekanntes.
121	<b>I:</b>	Ja, die Frage nach der ersten Begegnung mit Ihrer Pflege Tochter. Können Sie
122		sich daran erinnern und mir davon erzählen?
123	<b>B:</b>	Klar, wer kann sich nicht daran erinnern, wenn er das erste Mal das Kind sieht.
124		Ja, wir sind dann halt in die Stadt gefahren, wo sie war. In die
125		Bereitschaftspflegefamilie. Und das war erst einmal unheimlich spannend. Da
126		lag dieses kleine Wesen, und sie ist sehr klein gewesen für ihr Alter, auf dem
127		Boden in ihrer schönen Spielecke. Und dann waren wir da und wir wussten,
128		das ist eben dann unsere Tochter. Das waren so circa drei Wochen bevor wir
129		sie dann bekommen haben. Und das war natürlich was ganz Besonderes. Erst
130		einmal so eine vorsichtige Annäherung, weil die Bereitschaftspflegemutter
131		sehr darauf geachtet hat, dass sie im Vorfeld nicht Bindungen zu anderen
132		Personen aufbaut. Sie hat schon viele Pflegekinder gehabt und hat eben darauf
133		geachtet, dass sie nicht bei zig Leuten auf dem Arm sind, damit sie dann
134		irgendwann besser einen Bezug zu einer Person aufbauen können. Und das
135		war schon was ganz Besonderes, da sagte sie zu uns, das sie gleich auf uns zu
136		ist. Ich konnte sie sofort auf den Arm nehmen und wir waren alle ganz
137		überrascht, ich vor allem auch, dass es einfach passte. Als wenn die Kleine
138		schon geahnt hatte, jetzt ist es soweit. Ja.
139	<b>I:</b>	Sie sind ja dann auch noch einmal weg gegangen. Das ist ja bestimmt auch ein
140		schwieriger Moment
141	<b>B:</b>	Das war sowieso schwierig. das war letztes Jahr im Dezember. Und dann kam
142		ja nun auch die Weihnachtszeit und eigentlich hätte man das gerne gehabt,
143		man wusste sie kommt. Und man hätte sie schon gerne da gehabt zur
144		Weihnachtszeit und zu Silvester. Gut. Nachdem wir dann die Bereitschafts-
145		pflegeeltern kennen gelernt haben war das auch so nicht mehr das Problem.
146		Wir wussten einfach, da ist sie auch gut aufgehoben. Und haben dann auch
147		gesagt, die sollen dann auch das eine Weihnachtsfest mit ihr haben. Wir haben
148		dann noch ganz ganz viele. Das war dann nicht schön, wieder wegzufahren,
149		aber es war auch nicht so schlimm. Weil man wusste auch, in der Zeit hat man
150		jetzt auch einiges zu tun und vorzubereiten und ja.
151	<b>I:</b>	Da haben Sie ja quasi auch das erste Weihnachtsfest direkt vor sich.
152	<b>B:</b>	Ja, das haben wir.
153	<b>I:</b>	Ihr emotionales Erleben danach, als Sie dann [.....] auch hier zu Hause hatten.

154		Was haben Sie da noch für Gedanken?
155	<b>B:</b>	Es war von Anfang an einfach alles gut. Es war von Anfang an absolut unser
156		Kind. Wir haben im Bekanntenkreis zum Beispiel einen, der sagte oh Gott, wie
157		kann man überhaupt ein angenommenes Kind, egal ob Adoptivkind oder
158		Pflegekind so lieben. Ich sage dann immer ja, Liebe ist nicht messbar. Und
159		wenn es so wäre dann vielleicht sogar mehr. Weil man einfach weiß, dass es so
160		etwas Besonderes ist, dass man es bekommen hat. Ja, ne es war absolut von
161		Anfang an, bei mir bestimmt noch mehr als beim meinem Mann. Bei meinem
162		Mann glaube ich, dass das erst noch ein bisschen wachsen musste. Aber bei mir
163		war es vom ersten Moment an da.
164	<b>I:</b>	Man spricht ja ganz oft auch von der Liebe auf den ersten Blick.
165	<b>B:</b>	Ja absolut. Meine. Auch wenn sie jetzt ein absolutes Papa-Kind ist. (Lachen)
166	<b>I:</b>	(Lachen) Das verändert sich ja bestimmt auch noch einmal.
167	<b>B:</b>	Ja.
168	<b>I:</b>	Ich will jetzt auch nochmal ein Stück weit auf die mütterlichen Gefühle
169		eingehen. Das ist ja etwas, das ist nicht wissenschaftlich festgelegt. Man kann
170		das auch nicht messen. Erleben Sie mütterliche Gefühle?
171	<b>B:</b>	Ja. Ja. Da kann ich nur absolut ja sagen. Dieses, wenn sie hinfallen, mit
172		Schmerzen haben. Irgendwo anders sein, sich Sorgen machen, was passiert
173		gerade zu Hause. Ja, alles, was dazu gehört. Tränen in den Augen, wenn man
174		auf eine besondere Art gedrückt wird. Ja, ich denke mir, dass das alles mit dazu
175		gehört.
176	<b>I:</b>	Und haben Sie das von Anfang an so empfunden?
177	<b>B:</b>	Ja. Es ist natürlich mehr geworden. Aber es war von Anfang an da. Das man
178		auch wirklich dies behüten möchte und gerade auch so, sie war ja nun auch
179		schon ein Jahr in einer anderen Familie. Das man auch selber die Ängste hat,
180		hoffentlich nimmt sie mich so an. Das ist ja nun doch anders, als bei anderen
181		Eltern. Wie ist das so mit diesem Gegenseitigen, aber das war total gut, auch
182		von ihrer Seite her. Sie hat ganz lange immer noch sehr geklammert und auch
183		wenn es manchmal nicht schön ist, man genießt es ja auch.
184	<b>I:</b>	Denken Sie, dass das Thema Behinderung bei Ihrem emotionalen Erleben eine
185		Rolle gespielt hat?
186	<b>B:</b>	Schwierige Frage. (...) Da muss ich auch so ein bisschen mit an den Großen
187		denken. Ja. Im Grunde genommen, nein. Es war einfach ein Baby, was in die
188		Familie kommt und da habe ich (...) ich sehe immer erst, das ist mein Kind.
189		Und nicht, erst ist die Behinderung. Obwohl die natürlich immer im Kopf ist,
190		weil man sich immer darum kümmern muss. Aber nein, in erster Linie war es
191		einfach nur das Baby.
192	<b>I:</b>	Von außen betrachtet sehen andere es ja anders herum.
193	<b>B:</b>	Natürlich ist es auch so, dass ich sage, dadurch dass sie jetzt hier ist, bin ich
194		nicht mehr berufstätig, auch sonst nicht. Aber da sage ich auch, ja ich bin nicht
195		nur Mutter, sondern ich habe auch die Aufgabe übernommen, für die beiden da
196		zu sein. Und das ist jetzt auch Beruf, Berufung. Das kommt noch dazu.
197	<b>I:</b>	Da schließt sich gleich die nächste Frage an. Was verstehen Sie unter
198		Elternschaft? Elternsein?
199	<b>B:</b>	(...) Was verstehe ich darunter? Ja, eigentlich immer für das Kind da sein. Ja.
200		Dafür zu kämpfen, das es den Kindern gut geht. Sich wenn möglich sich selber
201		auch dabei nicht zu vergessen. Sehr schwer, die Frage. Was versteht man unter
202		Eltern sein. Da sein. Einen guten Weg bereiten. Gerade so in unserem
203		besonderen Fall. Alles dafür zu tun, dass sie irgendwann möglichst selbständig
204		leben können. Aber auch mal Grenzen setzen. (Pause, Störung Handy der
205		Interviewpartnerin)

206	<b>I:</b>	Das ist kein einfaches Thema. Fühlen Sie sich als Mutter Ihrer Pflege Tochter?
207	<b>B:</b>	Ja. Ja.
208	<b>I:</b>	Das hat ja gerade, wenn wir über Pflegekinder sprechen eine besondere
209		Bedeutung.
210	<b>B:</b>	Das kann ich nicht abgrenzen. Und gegenüber dem Jugendamt habe ich auch
211		von Anfang an gesagt, dass ich das nicht abgrenzen kann. Und das ist okay. Und
212		das ist auch gut so.
213	<b>I:</b>	Und auch, wenn Sie nicht für Ihren Mann sprechen können. Wie ist das von der
214		Seite Ihres Mannes?
215	<b>B:</b>	Ja, absolut. Ja, was sagt er immer, mein kleines Püppileinchen (Lachen). Mehr
216		Verniedlichungen gibt es nicht.
217	<b>I:</b>	(...) welche Bindung haben Sie zu ihr? Ich sehe es ja eigentlich, dass ist das
218		Schwierige gerade (Kind auf dem Schoß).
219	<b>B:</b>	Ganz eng. Wirklich ganz eng.
220	<b>I:</b>	Und sie auch zu Ihnen?
221	<b>B:</b>	Ja. Ja. Selbst nach diesem Jahr ist es noch nicht so, dass ich sie bei anderen
222		Erwachsenen allein lassen kann. Weil sie wirklich mich noch braucht. Das kann
223		sie noch nicht. Da merkt man auch, dass sie doch einiges unterbewusst
224		mitgenommen hat. Ich kann sie irgendwo lassen, wenn ihr Bruder dabei ist, da
225		hat sie genug Heimat sozusagen dabei. Da ist die Verbindung von beiden Seiten
226		ganz eng.
227	<b>I:</b>	Und beim Übergang zu Ihnen in die Familie? Hat sie da gefremdelt? Hatte sie
228		Anpassungsprobleme in den ersten Tagen und Wochen?
229	<b>B:</b>	Also, als sie hierher kam (...) relativ wenig eigentlich. Es war sofort zwischen
230		uns gerade auch, ich war ja nun auch eine Woche in der
231		Bereitschaftspflegefamilie. Ähm, war eigentlich sofort eine ganz enge Bindung.
232		Was man allerdings merkte war, dass sie erst nach ein paar Monaten richtig
233		angekommen war. Das wurde mir auch so von außen zugetragen, dass die
234		gemerkt haben, dass sie irgendwie freier geworden ist. Sie lachte viel mehr.
235		Für sie war es dann auch möglich, mal auf andere zu zu grabbeln. Auch mal
236		anzupacken, Kontakt aufzunehmen. Also, so die Bindung zwischen uns war
237		sofort da, aber die Sicherheit fehlte ihr noch. Irgendwo waren da vielleicht
238		doch noch Ängste, dass wieder irgendwo was passiert.
239	<b>I:</b>	Es ist ja so, dass sie ein Pflegekind ist. Wir wissen ja, was dieser Status auch
240		bedeutet und bedeuten kann. Gibt es Aussagen vom Jugendamt zur
241		Langzeitpflege?
242	<b>B:</b>	Definitiv hat man mir gesagt, dass ich mir nie Gedanken machen soll, dass sie
243		bei uns wieder weg kommt. Dass ich das ganz weg schieben soll. Die waren
244		auch vor kurzem noch hier. Sie kommt ja von weiter weg. Und da war dann das
245		zuständige Jugendamt, wo die Vermittlung stattgefunden hat und die haben
246		uns hier nochmal besucht und der Vormund und die Sozialarbeiterin vor Ort.
247		Und die haben mir aber alle nochmal versichert, gar keine Gedanken machen.
248		Sie ist hier, sie wird hier bleiben. (...) Doch. Das.
249	<b>I:</b>	Weil man ja doch gerade mit Pflegekindern vor der Frage steht, wie sehr darf
250		man sich eigentlich binden, an ein Kind, das ja jederzeit wieder gehen könnte.
251		Pflegekinder sind ja nicht umsonst zu Pflege frei gegeben und nicht zur
252		Adoption. Und oftmals erlebt man aber bei Kindern mit Behinderung einen
253		Rollenwechsel, dass Kinder mit einer Behinderung oft die Zusage haben, dass
254		sie langfristig in der Familie bleiben können.
255	<b>B:</b>	Ja genau. Das hat man mir auch gesagt, obwohl die leiblichen Eltern sie
256		eigentlich gerne hätten. Aber die sind halt auf Grund psychischer
257		Auffälligkeiten dazu nicht in der Lage.

258	<b>I:</b>	Gibt es Kontakt oder gab es Kontakt zu den leiblichen Eltern?
259 260	<b>B:</b>	Wir hatten in dem Jahr jetzt zwei Besuchskontakte. Die halt unter Aufsicht in der nächstgrößeren Stadt stattgefunden haben.
261 262	<b>I:</b>	Und nimmt [.....] das auf? Nimmt sie das war? Kann sie das unterscheiden? Oder sind das fremde Menschen für sie?
263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275	<b>B:</b>	Fremde. Man muss ja einfach sagen, sie hat die in ihrem ersten halben Jahr (...) da haben wohl Besuchskontakte stattgefunden. Und dann zwischen Juni letzten Jahres bis zum April dieses Jahres keinerlei Kontakt. Ne, gar nicht wahr, ein Jahr hatte sie keinerlei Kontakt, das war auch Juni. Also das sind für sie absolut Fremde. Der erste Kontakt war noch, da hat sie es relativ gut hingenommen. Beim zweiten Kontakt, der vor acht Wochen stattfand, war es sehr auffällig das sie gefremdet hat. Das sie ganze lange brauchte, bis irgendwie auch mal ein Spiel stattfinden konnte. Sie hat sich wirklich bei mir zwischen meinen Beinen versteckt, was ich vorher nicht kannte, was auch ein paar Tage angehalten hat. Aber (...) nein. Es war jetzt nicht, dass ich jetzt wochenlang etwas merkte. Zwei, drei Tage merkte ich schon so, dass sie mehr guckte, wenn ich den Raum verlasse oder wenn andere Leute dabei waren. Das sie dann ankam und guckte, was ist los. Aber nicht über Dauer.
276 277 278	<b>I:</b>	Sie haben Ihre Pflgetochter jetzt knapp ein Jahr. Gab es auch Krisen? Haben Sie Krisen erlebt? Waren Sie an Punkte, wo Sie gesagt haben, das geht so nicht. Das funktioniert nicht mit uns.
279 280 281 282 283 284 285 286	<b>B:</b>	Nein. Das nie. Da habe ich die ganze Zeit dahinter gestanden. Es war schon so, dass es manchmal schon grenzwertig war, an der Belastungsgrenze. Einfach die Situation, das wir halt zwei behinderte Kinder haben. Das, gerade wenn der Große einen Entwicklungsschub hat und eine auffällige Phase, das interessanter Weise dann im gleichen Moment. Und das ich dann merkte, ich kann hier bald nicht mehr und ich dann ein bisschen aufpassen musste, das ich mich da ein bisschen abgrenze. Das ich abends mal sage, hier jetzt bin ich einfach mal weg.
287 288	<b>I:</b>	Und Ihr Mann ist ja sicher auch berufstätig und außer Haus und dann die Situation alleine mit den Kindern.
289 290 291 292 293	<b>B:</b>	Dass man dann auch ganz oft das Gefühl hat, für alles verantwortlich zu sein. Das so vieles (...) das man sich auch erst einmal wieder daran gewöhnen muss, dass vieles über Tag nicht mehr möglich ist. Das so vieles liegen bleibt. Das mit so einer Kleinen nicht mal mehr der Haushalt möglich ist. Weil sie immer noch sehr fixiert ist und es lieber hat, dass jemand bei ihr ist.
294 295	<b>I:</b>	Und ich denke es ist sicher auch schwierig, es gegenüber der Außenwelt zu begründen, weil man es ja freiwillig auch gemacht hat.
296 297 298 299 300 301 302 303	<b>B:</b>	Genau. Das man sich selber in Führungsstrichen mal ausheult ist nur möglich bei Eltern, die auch behinderte Kinder haben, eine Freundin von mir, die haben ein eigenen Kind das eine Behinderung hat, da kann ich das. Bei allen anderen habe ich für mich das Gefühl, wieso du hast es dir doch selber ausgesucht. Warst doch dabei. Und da fällt es einem natürlich schwer. Und es hat sich auch wirklich, bei dem zweiten Kind jetzt heraus gestellt, das sich doch dann welche auch ein bisschen zurückziehen. Wo ich jetzt nicht mit gerechnet hätte, weil wir ja schon einen haben. Aber doch, es war so.
304	<b>I:</b>	Das sind immer so die Sachen, mit denen man nicht rechnet.
305 306 307	<b>B:</b>	Da habe ich nicht mitgerechnet, da habe ich auch ein bisschen dran zu knacken gehabt, aber jetzt sage ich, okay dann ist das so. machen sich auch wieder neue Türen auf.
308 309	<b>I:</b>	Jetzt haben sie die Kleine ja einfach so kurz bei sich. Ich werde im Laufe meiner Befragung ja auch Menschen befragen, die die Kinder ja schon ganz

310		lange haben und auch haben groß werden sehen, einfach über 15, 17, 18 Jahre.
311		Eine Motivation, die Pflegschaft zu beenden in dem Jahr hatten Sie
312		wahrscheinlich nicht.
313	<b>B:</b>	Nein. Überhaupt nicht. Für mich ist es so, man kann Elternsein nicht beenden.
314		Das ist so. das ist auch so, wenn ich von ihr spreche, spreche ich ja nicht von
315		meinem Pflegekind, ich spreche von meinem Kind. Ich lasse die Vorsilben weg,
316		genauso wie Adoptiv-, es ist mein Kind. Viele wissen das auch nicht. Ich bin
317		schon ganz oft gefragt wurden, liegt das denn bei euch in der Familie, zwei
318		Kinder. Also, wenn mich jemand fragt, dann habe ich überhaupt kein Problem
319		mit. Aber es ist jetzt nicht so das erste was ich sage, ich habe halt ein
320		Pflegekind. Nein, ich habe zwei Kinder.
321	<b>I:</b>	Und ich meine, das macht Elternschaft ja einfach auch aus, Vorsilben
322		wegzulassen. Das Kind zum Kind zu machen, genauso wie man Mutter und
323		Vater sein will und nicht Pflegemutter und Pflegevater.
324	<b>B:</b>	Genau.
325	<b>I:</b>	Die Frage nach den leiblichen Eltern hatte ich ja zwischendrin schon gestellt.
326		Gibt es denn von Ihrer Seite zum jetzigen Zeitpunkt Ergänzungen? Etwas, was
327		Sie mir noch erzählen wollen? Mir fällt nochmal der Punkt ein, ja wenn es um
328		andere Menschen geht, die beobachten, dass man sich für ein Pflegekind
329		entscheidet. Und das man sich eben nicht nur für ein fremdes Kind entscheidet,
330		sondern auch noch für ein Kind, dass eine Behinderung hat. Ich denke dass da
331		sehr viel Stoff drinnen versteckt ist, den man als Pflegemutter erst einmal
332		verarbeiten muss.
333	<b>B:</b>	Ja, das ist halt so. einige kommen wirklich an und wie toll sie das finden. Aber
334		Mensch, was ist das auch anstrengend und super, aber das ihr das macht und
335		klasse. Und andere (...) da merkt man eben einfach an dieser Unfähigkeit zu
336		reagieren, was die denken. Und ja, es ist manchmal schade, aber ich denke die
337		wichtigen Leute, die einem wirklich wichtig sind, die einem was bedeuten, die
338		unterstützen einen auch. Doch.
339	<b>I:</b>	Ich finde auch immer die Frage nach den Großeltern sehr spannend. Die ja
340		gegebenenfalls auch ein Kind mit aufnehmen, annehmen und vielleicht auch
341		eine Familie komplett machen, wenn sie das mit tragen.
342	<b>B:</b>	Es leben von uns beiden nur noch jeweils die Mütter. Meine Schwiegermutter
343		wohnt hier vorne mit. Haben wir aber eigentlich keinen Kontakt zu. Oder
344		höchst wenig. Sie hat damals schon, als wir den Großen bekommen haben
345		einige Sätze fallen lassen. Das war vorher schon nicht einfach, aber dann sind
346		da einige Sätze gefallen, was gar nicht geht. Unter anderem, es gab Zeiten wo
347		die alle in den Zug gekommen sind. Und gut, dann war es für mich dann auch
348		eigentlich gelaufen. Mittlerweile ist es von mir aus selber nicht mehr so
349		schlimm, denn sie ist jetzt selber krank. Meine Mutter hat sich und gerade auch
350		beim ersten, sehr viele Sorgen gemacht, wie wir damit klar kommen, wie es
351		weiter geht. Seit dem aber der Kleine da ist, ist sie absolut verliebt. Und als
352		dann klar war, das sie dazukommt, war es dann doch nochmal so, ach wirklich
353		und du hast doch schon so viel. Und ihr dürft nicht zu kurz kommen und und
354		und und. Aber sie steht absolut dahinter und ihr tut es nur so leid, dass sie
355		nicht mehr so fit ist, das sie mir mehr helfen kann. Dass sie auch momentan
356		den Großen nicht mal mehr wirklich nehmen kann, weil sie doch
357		gesundheitlich das nicht kann. Meine Mutter steht absolut dahinter. So
358		insgesamt mit meiner Familie ist es so. eine Seite steht sehr dahin und freut
359		sich. Und sind einfach deren Kinder einfach mit. Bei der anderen Seite ist das
360		ein bisschen gespalten. Familie ist ja nie so ganz einfach.
361	<b>I:</b>	Und trotzdem gehört es ja schon auch dazu, ein Stück getragen zu werden. Und
362		akzeptiert zu werden.

363	<b>B:</b>	Ja und nein. Mittlerweile bin ich da ein bisschen rabiater geworden. So zum
364		Beispiel dieses typische Fest Weihnachten, wo ja immer Familie dransteht. Für
365		mich habe ich zum Beispiel entschieden, dass ich nicht mehr mit der gesamten
366		Familie. Dass ich die nicht Weihnachten sehe möchte. Weil ich Weihnachten als
367		schönes Fest empfinden möchte und der eine Bruder von meinem Mann, der
368		steht da so überhaupt nicht hinter, der hat uns gerade dieses Jahr noch so ein
369		paar Sätze gesagt. Wo ich dann auch zitternd auf dem Hof stand. Nein, das
370		muss ich eigentlich nicht. Das sind meine Kinder. Und da muss ich mir nichts in
371		keiner Situation anhören. Da möchte ich einfach nicht hin. Es ging zwar nicht
372		direkt um Behinderung, aber für unseren Großen sammeln wir gerade für eine
373		Delfintherapie, weil er eben überhaupt nicht spricht. Und das ist ein viel
374		größeres Problem, als sein Down-Syndrom. Und da hoffen wir einfach, dass
375		seine Konzentrationsfähigkeit einfach ein bisschen steigt und dann vielleicht
376		die Therapien wieder besser anschlagen. Und daraufhin musste ich mir so
377		einiges anhören. Und daraufhin habe ich gesagt, okay aber nicht mehr mit mir.
378		Ich mache da jetzt einen Cut. Wenn er das will, kann er sich gerne melden, aber
379		ich brauche es nicht mehr. Und seit dem das für mich klar ist, geht es mir
380		wieder besser. Ja, muss man manchmal einfach ein paar Entscheidungen fällen.
381	<b>I:</b>	Sie haben vorhin persönliche Belastungsgrenzen angesprochen. Wenn Sie sich
382		darüber Gedanken machen würden, meinen Sie diese habe auch etwas mit der
383		Behinderung zu tun? Oder kann man das gar nicht voneinander trennen, weil
384		ja auch ein anderes Kind einen an Belastungsgrenzen bringt?
385	<b>B:</b>	In diesem Fall, ja. Weil ich schon sagen muss, man hat schon andere Sachen,
386		um die man sich kümmert. Sei es jetzt Schulanfang. das so was ansteht. Das
387		man sich Sorgen macht, wie geht es weiter. Was ist der richtige Weg. Diese
388		ganzen Termine, die man hat. So viele Termine hat man nicht mit einem Kind,
389		wo kein Förderbedarf ist. Jedes Kind drei, vier Termine in der Woche und das
390		dann alles zu regeln. Nein ich glaube, andere kommen garantiert auch an die
391		Belastungsgrenzen, aber ich denke das das andere sind. Dass das bei uns
392		wirklich eine andere Thematik ist. ich sehe es schon so, dass die damit zu tun
393		haben. Dieses ewige Sorgenmachen, auch wie geht es weiter. Dann auch bei
394		dem älteren, andere in dem Alter die verstehen schon mehr, die sind schon
395		einfach verständnisvoller. Die können nicht mithelfen, aber wenn man sagt so,
396		jetzt ist mal eine Stunde Ruhe, jetzt kannst du mal in dein Zimmer gehen und
397		mal Musik hören. Ja, das macht er auch, aber danach hat man drei Stunden
398		Arbeit. Das ist einfach anders. Es ist nicht wirklich vergleichbar.
399	<b>I:</b>	Machen Sie sich manchmal auch schon Gedanken um später? Mit dem Wissen,
400		das Kinder mit Behinderung auch oft einfach länger ans Elternhaus gebunden
401		sind und natürlich auch Eltern brauchen, die auch gut für sich sorgen können.
402	<b>B:</b>	Da habe ich gerade erst letztens mit einer Mutter gesprochen, die hat schon
403		eine erwachsene Tochter, die auch behindert ist. sie macht sich sehr Gedanken
404		darüber, dass sie eher gehen, sterben könnte als ihre Tochter. Was dann wohl
405		mit ihr ist. das ist für mich eigentlich noch weit weg. Auch wenn es natürlich
406		jederzeit sein kann. Aber da sage ich einfach, ich hoffe, dass ich sie soweit
407		erziehe, dass sie zumindest in einer Wohngruppe selbständig wohnen können.
408		Und da sage ich auch einfach, jedes andere Kind zieht zwischen zwanzig und
409		dreißig zu Hause aus und das ist eigentlich so auch unser Ziel. Nicht, dass ich
410		sie aus dem Haus raus haben will, aber das ich sie soweit selbständig habe,
411		dass sie es könnten. Das sie zumindest im betreuten Wohnbereich leben
412		können.
413	<b>I:</b>	Ich bin jetzt mit den Fragen eigentlich auch soweit durch. Ich denke, da sind ja
414		so ganz Wesentliche Sachen auch gefallen, die Sie gesagt haben. Die ich ja auch
415		so vermute und auch selber so unterstreiche, weil ich ja selber Pflegemutter

416		bin und jetzt selber bei vielem innerlich nicken konnte. Weil ich eben oft
417		persönlich erlebt habe oder den Kampf kenne oder wie schwierig es ist. oder
418		man zugeschrieben bekommt, du bist ja selber schuld, wie kann man das
419		machen, noch ein Kind nehmen.
420	<b>B:</b>	Da sage ich dann auch einfach, jeder hat sich sein Leben ausgesucht. Egal wer
421		klagt, einer klagt Herrgott ich habe so viel zu tun. Hättest du dir eine kleine
422		Zweizimmerwohnung gesucht, hättest du nicht so viel zu tun. Dann (...) es ist
423		einfach unfair, das so zu denken, denke ich mir. Weil da hat auch jeder das
424		Recht drauf auch mal zu Klagen. Und das man andere Sorgen hat, ist auch
425		offensichtlich.
426	<b>I:</b>	Was ja auch noch eine spannende Frage ist, ist ja das Wissen darum. Für viele
427		Pflegekinder mit Behinderung ist, das ja vielleicht so nicht greifbar.
428	<b>B:</b>	Das ist auch noch nicht so ganz einfach für uns. Inwieweit versteht er das.
429		Denn es ist ja nun doch schwierig zu verstehen. Was ist, wenn denn doch dann
430		einmal die ersten Fragen kommen. Und da hat mein Mann bestimmt auch noch
431		mehr daran zu knacken.
432	<b>I:</b>	Und vielleicht kommt dann die Frage ja auch nicht. Ich denke diese
433		Unsicherheit, dass man gar kein Konzept entwickeln kann, sowohl bei der
434		Adoption nicht, als auch beim Pflegekind.
435	<b>B:</b>	Bei ihr (Pflegekind) dann auf jeden Fall, wenn die Eltern den Kontakt behalten.
436		Dann werden ja irgendwann definitiv Fragen kommen, wer ist das überhaupt.
437		Aber das wird dann noch wieder anders sein, denke ich.
438	<b>I:</b>	Und ob die dann wirklich so kommen und ob das so präsent ist. ich denke, dass
439		Behinderung dann ja für ein Kind auch ein Schutz sein kann
440	<b>B:</b>	Ich denke dann auch, dass sie dann nicht so in diese Identitätskrise kommen.
441	<b>I:</b>	Vielleicht macht es ja auch manches einfacher. Auch wenn es vieles schwerer
442		macht, macht es vielleicht gerade das einfacher.
443	<b>B:</b>	Das haben wir auch schon gesagt, dass das vielleicht dann wirklich einfacher
444		ist.
445	<b>I:</b>	Also, solche Überlegungen haben Sie auch schon oft gehabt.
446	<b>B:</b>	Ja. Ja. Dass das vielleicht dann wirklich einfacher ist.
447	<b>I:</b>	Weil es ja dann wirklich auch die Schwierigkeit ist, zu konfrontieren, mit der
448		Adoption. Wann will man das erzählen? Wann ist der richtige Moment?
449	<b>B:</b>	Ja, mal gucken, ob da was auf uns zukommt, oder auch nicht.
450	<b>I:</b>	Aber es bleibt ja einfach auch offen und spannend. Und ich denke ja auch, das
451		spannende ist, das es bei allen Kindern spannend ist. egal, woher sie kommen.
452		Das man ja nie weiß, wie unsere Geschichten verlaufen. Und das sich das auch
453		zum Glück für niemanden voraus sehen lässt. Ja, ich denke, dass wir hier einen
454		Punkt setzen können. Vieles ist auch bei Ihnen so ganz klar und entschieden
455		gewesen. Das ist auch so ganz schön, dass ich das so mitnehmen kann. Wir
456		haben vieles auch so ganz schnell besprochen, weil es einfach so ist und fertig.
457		Ja und es ist auch ein ganz schönes Bild, dass ich Sie hier als kleine Familie
458		erleben darf. Das ist wirklich komplett mit den beiden.
459	<b>B:</b>	(Lachen) Ja wirklich, jetzt sind wir komplett mit den beiden. Vorher hatte ich
460		es auch für mich noch nicht abgeschlossen, nicht verarbeitet, dass ich selber in
461		dem Sinne keine Kinder austragen konnte. Für mich ist es jetzt wirklich
462		komplett.
463	<b>I:</b>	Ja, dann vielen Dank für das Gespräch.
464	<b>B:</b>	Ja, gerne.

### Transkribiertes Interview 3: Familie C.

01	I:	Zu Beginn kommen einige persönliche Fragen. Waren Sie Pflegemutter oder
02		sind sie aktuell Pflegemutter?
03	B:	Ich bin aktuell Pflegemutter, seit 2008 jetzt für dieses Pflegekind und war
04		vorher schon mal knapp zwei Jahre (Pflegemutter) für ein anderes Pflegekind.
05	I:	Wie alt waren Sie denn zum Zeitpunkt der Aufnahme?
06	B:	(Lachen) 2008, da wurde ich 40.
07	I:	Und wie alt war Ihr Partner, Ihr Ehemann zu diesem Zeitpunkt?
08	B:	Der ist zwei Jahre älter. Der war dann knapp 42.
09	I:	Haben Sie denn zu diesem Zeitpunkt gearbeitet?
10	B:	Nein.
11	I:	Und Ihr Mann ist wahrscheinlich berufstätig?
12	B:	Der ist berufstätig. Genau. Und ich bin seit 18 Jahren zu Hause, seit dem unsere
13		erste Tochter geboren ist.
14	I:	Sie haben ja bereits gesagt, dass es zwei leibliche Kinder gibt.
15	B:	Ja, zwei Mädchen.
16	I:	Wie alt war das Pflegekind zum Zeitpunkt der Aufnahme?
17	B:	Die war genau ein Jahr alt. (...) und die beiden Töchter waren dann ja
18		entsprechend 6 Jahre jünger zu dem Zeitpunkt.
19	I:	Welchen Familienstand hatten Sie zu dem Zeitpunkt der Aufnahme?
20	B:	Wie waren verheiratet (lachen).
21	I:	Hat sich der Familienstand ähm im Anschluss verändert?
22	B:	Nein.
23	I:	Manchmal seltsame Fragen. Aber zur Vergleichbarkeit, man weiß es ja nicht.
24	B:	Ja, auch das gibt es.
25	I:	Jetzt kommt noch einmal die Frage zu den weiteren Kindern in der Familie. Da
26		haben Sie ja auch schon bestätigt, dass Sie zwei weitere Töchter haben.
27	B:	Ja, zwei Töchter, die sind 15 und 18 Jahre alt.
28	I:	Und sie sind damit ja auch beider älter als ihr Pflegekind.
29	B:	Deutlich älter. Und das war auch ganz bewusst so ausgesucht. Also, wir hatten
30		die Anfrage vom Jugendamt, ähm, also die Bewerbung lag da schon lange
31		zurück, wir hatten uns damals für das erste Pflegekind beworben, und ähm
32		(...), nachdem unser erstes Pflegekind schon über ein Jahr schon nicht mehr bei
33		uns war kam plötzlich eine Anfrage und da haben wir erst noch zwei andere
34		Kinder kennen gelernt, ähm (...) wobei das eine war eben schwerstbehindert,
35		sodass wir gesagt haben das Kind braucht eigentlich nur Eltern und keine
36		Geschwister, dass würde hier alles sprengen. Und das zweite Kind, das hätte
37		ich mir eigentlich gut vorstellen können, aber die war zu dicht (am Alter einer
38		der Töchter), etwas jünger, aber größer und stärker und das wäre keine gute
39		Konstellation gewesen.
40	I:	Das sind eben auch alles Dinge, die man im Blick haben muss.
41	B:	Richtig. Unsere Kinder haben immer gesagt, sie hätten gerne nochmal ein Baby
42		und als das Pflegekind dann mit einem Jahr zu uns kam war sie ja richtig Baby
43		und das war genau richtig. Das war für das Pflegekind ganz toll und für unsere
44		Mädchen eben auch. Da war auch kein Problem, diesen Platz frei zu machen.
45	I:	Ja, das ist alles wichtig. Gerade wenn Kinder vorhanden sind, muss man das
46		alles im Blick haben. Dass die eigene Familie nicht gesprengt wird in dem
47		Rahmen.
48	B:	Ja, (...)
49	I:	Wir führen das auch gleich noch fort. Weitere Pflegekinder gibt es zum jetzigen



50		Zeitpunkt ja keine. Und ähm. Jetzt kommen ein paar Fragen zur Motivation,
51		was Sie dazu bewegt hat und gebracht hat ein Pflegekind oder Pflegekinder in
52		die Familie aufzunehmen und da starten wir mit der ersten Frage: von wem
53		ging denn der Wunsch aus, ein Pflegekind aufzunehmen, ein Pflegekind zu
54		haben?
55	<b>B:</b>	Am Anfang so glaube ich eigentlich von mir mehr. Also ich wollte immer gerne
56		der und nach der Geburt von unserer zweiten Tochter die nicht so ganz
57		unproblematisch war hat mein Mann gesagt, also nochmal irgendwie das
58		Risiko eingehen wollte er dann eigentlich nicht. Also die Angst irgendwo, dass
59		da dann irgendwas schief geht. Ähm. Und wir haben dann als unsere Große
60		dann im Kindergarten war, im Waldorfindergarten und da waren mehrere
61		Pflegekinder. Und da haben wir eigentlich erstmal Kontakt gekriegt zu
62		Pflegeeltern und dann ist die Idee entstanden zu sagen, das könnten wir uns
63		auch vorstellen.
64	<b>I:</b>	Und Ihr Mann?
65	<b>B:</b>	Der ist dann ganz schnell (lachen) mit eingestiegen.
66	<b>I:</b>	Ja, welche Motivation hatten Sie? Was haben Sie für Vorstellungen gehabt, wie
67		das ist mit einem Pflegekind?
68	<b>B:</b>	Ähm (..) schwer zu sagen. Also eigentlich haben wir gedacht, Mensch es geht
69		uns gut. Also das, was so ganz viele sagen. Unserer Familie geht's gut. Wir
70		fühlen uns wohl. Eigentlich könnte hier gut noch ein Kind mit leben. Natürlich
71		haben wir dann schon bei den anderen Pflegeeltern auch mitgekriegt, was es
72		für Problematiken gibt. Mit Kindern deren Eltern mit Alkohol oder Drogen zu
73		tun hatten oder die lange Zeit nicht so umsorgt wurden sind, aber dass wir
74		jetzt gezielt gesagt haben, dass und das Pflegekind, das reizt uns da besonders,
75		war da eigentlich weniger. Wir sind da relativ offen ran gegangen. Unser erstes
76		Pflegekind war körperbehindert, das konnte nicht laufen. Das war nachher für
77		uns auch körperlich sehr sehr schwer. Also, da war mein Mann zum Schluss
78		auch (...) äh krank, also Rücken und weil wir ihn einfach viel viel tragen
79		mussten, treppauf, treppab (...). Beim zweiten Mal haben wir gesagt, eine
80		derart schwere Gehbehinderung, dafür ist unser Haus gar nicht ausgerichtet,
81		das möchten wir nicht. Ähm ja und das mit der geistigen Behinderung das war
82		am Anfang auch nicht so offensichtlich, das war am Anfang halt eine
83		Entwicklungsverzögerung. Bei einem kleinen Baby von einem Jahr tun sich die
84		Ärzte da ja auch schwer überhaupt schon irgendwas zu diagnostizieren. Ähm
85		klar, wir haben die Eltern kennen gelernt und haben gesagt, wir können uns
86		das so vorstellen, aber das hat sich so nach und nach herauskristallisiert, was
87		da wirklich dran hängt.
88	<b>I:</b>	Als sie ihr Pflegekind dann aufgenommen haben, entsprach das ja auch so
89		ihren Lebensentwürfen, haben Sie ja auch gerade so umschrieben ... vielleicht
90		auch der Wunsch nach einem dritten Kind.
91	<b>B:</b>	Und einem dritten Kind. Und ja gerade die Töchter hätten gerne ein Mädchen
92		und ein Baby und das kam dann wirklich so, wie bestellt. Das passte
93		rundherum. Ähm, das ist bei unserem Pflegekind sehr schnell gegangen. Ja das
94		konnten wir uns sehr schnell vorstellen.
95	<b>I:</b>	Hatten Sie beim Jugendamt auch konkrete Angaben gemacht oder sind Sie da
96		relativ offen geblieben?
97	<b>B:</b>	Relativ offen eigentlich. Also wie gesagt, wir hatten vorher ja ein männliches
98		Pflegekind, also Geschlecht war egal, aber beim Alter eben hatten wir gesagt,
99		so dass da auch schon ein deutlicher Abstand ist zu unseren Kindern.
100		Ansonsten waren wir da offen.
101	<b>I:</b>	Wussten Sie zum Zeitpunkt der Inpflegenahme, dass Ihr Pflegekind eine

102		Behinderung hat?
103	<b>B:</b>	Entwicklungsverzögerung.
104	<b>I:</b>	Was wurde da genau gesagt, auch von Seiten des Jugendamtes?
105	<b>B:</b>	Wenig (...) letztendlich war immer die Hoffnung, dass sie ein eigenständiges
106		Leben führen kann. Ja, wie gesagt beim Einjährigen Kind, sie konnte nicht
107		krabbeln, sie konnte nicht frei sitzen, sie hat nichts in den Mund gesteckt. Also
108		wir sind dann zum Beispiel spazieren gegangen, sie hatte einen Keks in der
109		Hand, unsere Nichte ist sechs Wochen jünger, die hatte nach der Stunde
110		Spaziergang den Keks im ganzen Gesicht und im Mund verteilt und sie hatte
111		den immer noch so in der Hand, unverändert. Ähm, wo man dann sagt, ok das
112		kennt sie nicht, aber was da dran hängt. Also offensichtlich da war nicht viel.
113		Sie hatte einen Blutschwamm, das war eine dicke Beule, also wie ein halben
114		Hühnerei, sehr groß auf der Stirn, das ist mehrfach gelasert wurden. Und
115		ansonsten, ja einen ganz flachen Hinterkopf hatte sie, also fast nach innen
116		gedrückt. Vom auf dem Rücken liegen. Das war alles, das einem ins Auge
117		sprang, ansonsten war da nichts weiter auffällig. Also, das man da hätte sagen
118		können, dass lässt auf eine Behinderung schließen.
119	<b>I:</b>	Das ist ja auch sicher mit einem Jahr auch ziemlich schwer möglich.
120	<b>B:</b>	Ja, sehr schwer.
121	<b>I:</b>	Und haben Sie Auskunft vom Jugendamt bekommen? Oder von den leiblichen
122		Eltern? Gab es da Informationen? Kannten sie die (Eltern) zu dem Zeitpunkt?
123	<b>B:</b>	Wir haben die Eltern kennengelernt. Wir haben natürlich gemerkt, dass sie
124		auch in der Entwicklung sehr weit zurück sind. Wir haben am Anfang gedacht,
125		naja die Mutter, wenn sie so erzählt, wie unsere Kinder, die damals acht und
126		zwölf und dann neun und dreizehn waren. Aber dann haben wir uns gesagt,
127		eigentlich tun wir unseren Kindern Unrecht, denn je länger man sie
128		kennengelernt hat, wenn sie dann gesagt hat, ich muss noch dreimal schlafen,
129		dann ist das und das, das sagt auch kein Kind, das zehn Jahre alt ist, sondern
130		das ist dann eher Kindergartenniveau. Das fällt einem natürlich beim ersten
131		Gespräch noch nicht so auf. Der Vater kann eigentlich sehr gut sprechen, so
132		wenn man ihn ein-, zweimal erlebt. Nachher wiederholt sich das dann auch. So
133		das wir eigentlich gedacht haben, der ist eigentlich deutlich fitter, ähm sie
134		haben diese Retardierung nicht gesehen, denke ich und das Jugendamt hat
135		Ihnen gesagt, nach einer Rücksprache mit der Kinderärztin, also nach den
136		Unterlagen, es ist eine Entwicklungsverzögerung, aber von einer Behinderung
137		war zu dem Zeitpunkt überhaupt noch nicht die Rede, dass kam erst deutlich
138		später.
139	<b>I:</b>	Kann man davon ausgehen, dass die Eltern eine Lernbehinderung haben? Wie
140		schätzen Sie das ein?
141	<b>B:</b>	Ja, sie können also beide nicht wirklich sicher lesen, sie können beide ein
142		bisschen schreiben, wobei der Vater neulich mal gesagt hat, er kann teilweise
143		auch das was er sich aufgeschrieben hat, nachher nicht mehr lesen und
144		verwerten. Also wir hatten das einmal beim Treffpunkt für einen Kontakt, das
145		hat er dann nicht mehr gefunden und ja, also schon auch deutlich.
146	<b>I:</b>	Als Sie damals Ihr Pflegekind aufgenommen haben, was wussten Sie zu diesem
147		Zeitpunkt über Ihr Pflegekind, überhaupt, wenn man das mal so zusammen
148		puzzelt?
149	<b>B:</b>	(...) Wir wussten, ja (...) das sie eben diese starken Verzögerungen hat, in der
150		Motorik und das sie mit Ihrer Mutter in einer Einrichtung gelebt hat. Nicht nur
151		eine Mutter-Kind-Einrichtung, sondern das ist irgendwie auch eine Einrichtung
152		für Jugendliche, die nicht zu Hause leben. Ähm (...) aber wo eben auch rund um
153		die Uhr eine Betreuung da ist (...). Die Eltern durften da nicht zusammen leben.

154		Der Vater war also nur Stundenweise zu Besuch zugelassen (...) ähm. Was
155		wussten wir noch? (...)
156	<b>I:</b>	Wie alt waren die Eltern zu dem Zeitpunkt?
157	<b>B:</b>	Ähm, die Mutter erste Hälfte 20, also nicht minderjährig. Nicht gerade 18,
158		sondern 22, 23 und der Vater ein paar Jahre älter. Der war glaube ich so Mitte
159		zwanzig. Wie gesagt, wir haben die Eltern erlebt. Ich habe dann die Mutter
160		auch paar Mal besucht, die Mutter und das Kind. Sie da so ein bisschen erlebt.
161		Uns ist da gesagt wurden, das eben alles versucht wurden ist, ähm, mit
162		Unterstützung, dass sie bei den Eltern bleiben könnte. Mit Frühförderung.
163		Ähm, dann hieß das eben, das Kind braucht Ansprache. Das war den Eltern
164		auch völlig fremd. Dann sind sie wohl immer vor der Tür im Jugendamt auf und
165		ab und haben irgendwie dann laut erzählt, aber diese Zuwendung die fehlte
166		komplett, das war auch völlig deutlich. Ähm, dieser flache Hinterkopf, das soll
167		daher rühren, dass sie eben nur gelegen, beziehungsweise in der Karre gelegen
168		hat und spazieren gefahren wurde. Aber sie hatte keine Ansprache, keine
169		Zuwendung. Ähm, ich denke auch, das ist meine Vermutung, das so auf Weinen
170		und so auch wenig registriert wurde, weil sie das hier kaum gezeigt hat. Also wenn
171		sie im Bett war, dann war still. Da war eigentlich beängstigend und
172		unnatürlich. (...)
173	<b>I:</b>	Gerade auch wenn man es bei leiblichen Kindern ja auch anders erlebt hat.
174	<b>B:</b>	Ja, die weinen einfach auch mal, wenn irgendwas ist und in der Beziehung war
175		sie erschreckend pflegeleicht. Sage ich mal. Anspruchslos. Pflegeleicht. Also, da
176		ist man von sich eher nochmal gucken gegangen. Oder hat irgendwie sie
177		nochmal hoch genommen, weil man gedacht hat, so das kann jetzt nicht sein,
178		dass ist nicht gut. Aber von ihr selbst kam ganz ganz wenig. Sie war ein ganz
179		ganz stilles Kind. Mh, ja (...).
180	<b>I:</b>	Beängstigend anpassungsfähig, ja das berichten auch ganz viele Pflegeeltern
181		auch. (...) Waren die Eltern verheiratet?
182	<b>B:</b>	Ja (...), die haben geheiratet, ich glaube als sie schon geboren war und ähm die
183		Mutter hat auch eindeutig davon geträumt, so diese kleine Familie auch
184		irgendwie zu halten. Aber ich denke sie hat, auf Grund der Tatsache, dass sie
185		alleine in dieser Einrichtung war und eigentlich ja immer für das Kind
186		zuständig war, sie das nicht leisten kann. Und sie war auch diejenige, die als
187		Erste zugestimmt hat, dass das Kind in eine Pflegefamilie darf. Der Vater ähm
188		war am Anfang total dagegen. Auch noch ziemlich lang. und das wiederum hat
189		dann die Eltern entzweit, also die haben sich dann scheiden lassen. Und die
190		ersten (...) drei Jahre glaube ich, zweieinhalb, drei Jahre waren also dann auch
191		die Besuchskontakte streng getrennt. Und das war sehr schwierig. Also dann
192		auch Weihnachtsfeiern mit einem und der ging dann hinten heraus und vorne
193		stand dann der nächste, für die zweite Hälfte der Feier bereit. (...) ja.
194	<b>I:</b>	Es folgen dann später auch noch Fragen, wo nach der Beziehung gefragt wird
195		und welche Beziehung Ihr Pflegekind auch hat, auch Besuchskontakte. Das
196		setzen wir dann später nochmal ran.
197		Jetzt geht die Fragestellung nochmal in die Richtung, ab wann denn die
198		Behinderung sichtbar wurde. Sie haben ja beschrieben, dass es eine
199		Entwicklungsverzögerung gibt. Wie ging dann so der Weg weiter?
200	<b>B:</b>	Ja, es war fließend. Letztendlich sind wir regelmäßig in Behandlung gewesen,
201		also im Moment werden die Abstände größer. Am Anfang waren wir zweimal
202		im Jahr da. Und ähm, ich kann jetzt auch gar nicht mehr sagen, wann der
203		Antrag gestellt wurden ist. Sie war schon im Kindergarten und letzten Ende
204		auch über den Kindergarten, der dann irgendwie sagte, spricht das doch mal
205		an. Das es irgendwann dann wirklich hieß, ja es ist eine Behinderung. Ja, es
206		heißt nach wie vor immer noch Intelligenzminderung, übergeordnete Störung,

207		Sprach-entwicklungsstörung. Wobei, die hat sie sehr gut aufgeholt. Fein-
208		motorische Auffälligkeiten, die sind nach wie vor sehr deutlich. Und
209		Koordinationsprobleme, das ist unterschiedlich. Dyspraxie <sup>40</sup> und äh (...) und
210		Deprivation. So, und das ähm (...) steht halt immer dabei. Ja mit der
211		Behinderung, es waren dann nachher auch Auffälligkeiten, zum Beispiel mit
212		der Sprache das hat sehr lange gedauert. Ähm (...) das waren dann (...), im
213		Kindergarten hat sie schon versucht, deutlich zu machen was sie möchte. Sie
214		hat dann einzelne Wörter gesprochen. Es war sehr undeutlich. Da hat sie jetzt
215		aber gut zulegt. Sie spricht ganze Sätze. Manchmal bringt sie so gestern und
216		morgen noch durcheinander. Vergangenheitsformen sind auch manchmal noch
217		fehlerhaft, aber im Großen und Ganzen ist das sehr gut geworden. Sie wird
218		jetzt auch acht. Seit letztem Sommer ist sie sauber und trocken. Das war auch
219		so ein Punkt. Ganz deutlich. Da brachte auch kein Lob, kein Ansporn was, also.
220		Es war so, als ob sie gar nicht merkte, ob sie muss oder ob sie nass war oder
221		nicht. Man konnte auch die Windel abnehmen und fragen fühl mal, ob die nass
222		ist. Also, wo einfach dieses Gefühl nicht vorhanden war. Ähm (...) ja das war
223		auch ein ganz großer Punkt, wo wir gesagt haben, ähm das ist eindeutig eben
224		auch eine Behinderung. Ähm, das sozial-emotionale, also das sie ja so ohne
225		Grenzen auch Fremden nähert. Das ist bei kleinen Kindern vielleicht noch ganz
226		niedlich, inzwischen ist das auch sehr oft ein Problem. Noch eher fremden
227		Kindern gegenüber, als fremden Erwachsenen. Die dann vielleicht auch noch
228		wohlwollend reagieren. Kinder finden das überhaupt nicht mehr gut. Ähm (...) ja
229		und sie hat bei dem Lernen, das war am Anfang auch so ganz erschreckend.
230		Sie hat zwar ja, so mit zwei, drei, in der ersten Zeit, als sie auch sprechen
231		lernte, ähm. Sie hat quasi eine Sache gelernt, und die eine Sache die sie vorher
232		konnte fiel hinten runter. Es war irgendwie immer nur Platz für eins. Bei einem
233		anderen Kind ist ja kontinuierlich immer irgendwie ein Fortschritt. Und bei ihr
234		musste man immer also das, was sie konnte, immer irgendwie üben, sonst war
235		das weg. Also Farben haben wir über ein Jahr geübt. Die Grundfarben. Ähm,
236		auch so einzelne Wörter. Also am Anfang war das wirklich so, dass man gesagt
237		hat, ja sie hat jetzt in dem Bereich etwas gelernt. Aber dafür ist alles andere
238		wieder irgendwie weg. Und das hat sich zum Glück sehr sehr gegeben. Also, sie
239		hat einen großen Wortschatz. Wir haben über ein Jahr Fahrradfahren geübt.
240		Aber das kann sie jetzt. Sie ist auch lange jetzt dabei, also Schwimmen. Sie hat
241		jetzt im Sommer Seepferdchen gemacht. Also das ist auch so tagesform-
242		abhängig. Da gibt es sehr wohl Tage, wo sie meint, sie könnt das nicht. Aber
243		grundsätzlich, das Spektrum dessen was sie kann ist sehr viel größer
244		geworden. Aber trotzdem hängt sie da meilenweit den Gleichaltrigen
245		hinterher. Aber das war so der Punkt wo wir einfach gesagt haben, also das ist
246		eine Behinderung. Also, wenn einfach Sachen, die man schon gut konnte
247		komplett verloren gehen. Also, als sie anfang zu sprechen und dann was
248		erzählen wollte, dann fehlten ihr Wörter. Und sie wusste im Prinzip, was sie
249		sagen wollte, und kam nicht drauf. Und dann wurde sie richtig böse. Und dann
250		haben wir es auch so gemacht, dass wir ihr verschiedene Sachen gesagt haben.
251		Und dann konnte sie sagen, ja dass und das will ich erzählen. Ich denke, da war
252		sie drei. Also, mit zwei es ja nur einzelne Wörter. Das sie dann wirklich selber
253		wieder rausfinden konnte, was sie erzählen wollte. Dann war sie zufrieden.
254		Sonst wurde sie total wütend.
255	I:	Wo ist sie denn eingeschult wurden? Ist sie letztes Jahr schulpflichtig
256		geworden?

<sup>40</sup> lebenslange Koordinations- und Entwicklungsstörung

257	<b>B:</b>	Sie ist letztes Jahr schulpflichtig geworden. Sie ist in (XX) auf der Schule für geistige Behinderung <sup>41</sup> . Wobei sie da zu den sehr Fitten gehört. Auch da ist es eben sehr sehr schwierig. Wir sind im Moment in Gesprächen und in Behandlung zur Testung in (XX) weil die Lehrerin in der ersten Klasse meinte, es gibt so einige Parallelen zu ADHS-Kindern. Wo wieder auch Viele sagen, nein sehen sie nicht. Der Arzt sagte wohl, geistige Behinderung und Träumer-ADHS, da sind wohl einige Überschneidungen. Da sind wir jetzt bei, das so ein bisschen auszutesten. Und die Frau, die die Testungen macht sagt aber, eigentlich erkennt unser Pflegekind recht schnell Zusammenhänge. Die meint, sie ist falsch in der Schule. (Pause)
258		Und unsere Logopädin sagt das auch. Aber das Problem ist halt. Die arbeiten eins zu eins mit ihr. Wenn ich mit ihr hier irgendwas mache, schafft sie auch mehr, als sie in der Schule schafft. Das Problem ist immer auch die Motivation. Man muss sie immer irgendwo versuchen zu fassen zu kriegen. Dass sie bereit ist, etwas zu leisten. (Pause)
259		Sie ist ein Kind, sie würde sich nie hinsetzen und von sich aus irgendwo einen Zettel bearbeiten, was anmalen, ähm (...) Buchstaben schreiben. Das was sie jetzt so anfängt, da muss man stramm daneben sitzen und wirklich jeden Buchstaben loben und sie dann zum Nächsten anspornen.
260		
261		
262		
263		
264		
265		
266		
267		
268		
269		
270		
271		
272		
273		
274		
275		
276	<b>I:</b>	Also das sie auch die direkte Ansprache jederzeit auch benötigt?
277	<b>B:</b>	Ja das braucht sie und wie man sich das in einer normalen Grundschulklasse vorstellt, das ginge gar nicht.
278		
279	<b>I:</b>	Und ich denke, Sie haben da ja auch den guten Vergleich, bezüglich der anderen Töchter.
280		
281	<b>B:</b>	Den haben wir. Ja (...) und wir haben auch schon Unterschiede festgestellt, innerhalb der drei Jahre, von den Beiden. Das also die Grundschule auch schon erheblich angezogen hat; die Anforderungen da schon viel höher waren (...). Das viel schneller auch schon Kinder ausgesiebt worden sind. Und auch immer die Sprüche von den Lehrern, wenn Kinder das so sofort nicht leisten konnten. Da haben wir auch ganz schön mit den Ohren geschlackert, wenn dann ein Lehrer sagt, das machen nur die Dummen. Ähm, beim Rechnen mit dem Zwischenschritt. Wo unsere Tochter sagte, mache ich nicht, ich will ja nicht zu den Dummen gehören. Ähm, und dann eben auch von den Kindern und den anderen Eltern. Die ja auch alle irgendwie den Anspruch haben, möglichst schnell, viel zu lernen. Bei der Einschulung so, wo wir gesagt haben, da ist einfach schon vorprogrammiert, das unser Pflegekind immer der Sündenbock ist. Weil irgendwie die Ziele nicht erreicht werden. Ja (...).
282		
283		
284		
285		
286		
287		
288		
289		
290		
291		
292		
293		
294	<b>I:</b>	Und ist sie vorher auch im Kindergarten gewesen?
295	<b>B:</b>	Ja, erst in der Mutter-Kind-Gruppe, da war sie einen Nachmittag alleine. Das ist so ein Übergang. Dann ist sie in die Integrationsgruppe gekommen und da hat man uns nach einem Vierteljahr gesagt, ähm das würde ihr alles nichts bringen und sie würden sie in die heilpädagogische Gruppe gerne nehmen. Das wollte wir nicht, (...) weil wir unser erstes Pflegekind da hatten, aufgrund der (...) äh, am Anfang war er auch zurück und hat dann eben auch sehr schnell aufgeholt. Und dann hieß es, jetzt hat er sich aber gerade da in der Gruppe eingewöhnt, jetzt lassen wir ihn auch erstmal da in der Gruppe. Und dann habe ich gesagt, das mache ich nicht wieder. So und es hieß dann, sie wäre orientierungslos und könnte an dem ganzen Angebot nicht wirklich teilnehmen. Sie wäre überfordert, das würde ihr nichts bringen. So, und dann haben wir mit dem Jugendamt gesprochen, und haben uns einen kleinen Kindergarten angeguckt.
296		
297		
298		
299		
300		
301		
302		
303		
304		
305		
306		

<sup>41</sup> Förderschule mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung

307		Ähm und ja und ich denke auch durch die Unterstützung vom Jugendamt
308		haben wir dann dort einen Platz bekommen, in der Integrationsgruppe. Und ja,
309		da war sie dreieinhalb und sie war am Anfang auch öfter mit der einen
310		Erzieherin auch öfter in der Krippe für die ersten Wochen. Und die haben sich
311		ganz viel Zeit genommen und ähm, sie hat sich da gut eingelebt und hat dort
312		eineinhalb gute Jahre gehabt. Und dann ist leider die eine Erzieherin
313		weggegangen, die sehr sehr engagiert war. Und die zweite sehr engagierte, die
314		hatte dann Burnout, weil sie natürlich nicht alles abfangen konnte und dann
315		haben wir Erzieherinnen bekommen, die schlicht und einfach auch überfordert
316		waren. Dass das letzte halbe, ja dreiviertel Jahr war dann also nicht mehr so
317		schön. Es war so, dass sie dann nicht mehr in die Vorschulgruppe gekommen
318		ist. Die haben ja offene Gruppen und dann nur die Vorschulkinder extra. Und
319		dann hieß das eben (...) oder gut, dann hatten wir auch gesagt, gut wir sehen
320		sie kann nicht die ganze Vorschularbeit, aber es wäre schön, wenn sie
321		wenigsten Teile mitmachen könnte. Sie durfte gar nichts mitmachen. Zum
322		Sport durfte sie nicht mit, weil sie sich nicht alleine an- und ausziehen konnte.
323		Ähm, dann hatte ich mal gefragt, ob sie da mitessen dürfte. Da kam von der
324		Leitung wörtlich, das wäre für die Kollegen nicht zumutbar. Also das man sich
325		also schämen muss, was dieses Kind alles nicht so kann und nicht so macht.
326		Zum Schluss haben sie dann das ganze Angebot geändert. Dann war es mit
327		Mittagessen, dann ging es. Aber (...) äh, uns wurde da schon ganz deutlich
328		gezeigt, dass sie eine Ausnahmesituation, äh einen Ausnahmeplatz innehatte,
329		Vieles nicht konnte. Und auch das war irgendwie auch der Grund dass wir
330		gesagt haben, normale Grundschule, Regelschule können wir uns überhaupt
331		nicht vorstellen.
332	<b>I:</b>	Da sind Sie an Grenzen gestoßen.
333	<b>B:</b>	Ja, im Kindergarten schon an Grenzen gestoßen, wo ich auch gesagt habe,
334		eigentlich von einem Kindergarten mit Integrationsgruppe oder der sich eben
335		als Einrichtung preist, der auch Kinder mit Handikap nimmt, dann zu sagen, ja
336		das ist eine Zumutung für die Kollegen, dass finde ich schon sehr frech.
337	<b>I:</b>	Natürlich.
338	<b>B:</b>	Das waren so Erfahrungen, die uns eigentlich sehr wehgetan haben. Wir
339		versuchen sie, am normalen Leben teilhaben zu lassen. Sie geht, also war hier
340		auch im Sportverein, in der Mutter-Kind-Gruppe. Da war sie ohne mich
341		natürlich, da war ich nur zum Umziehen da. Aber da waren 20 Kinder manches
342		Mal mit einer Trainerin. Und die hat gesagt, du brauchst da nicht dabei zu
343		sitzen. Die anderen Kinder kommen auch alleine und wir schaffen das. Und sie
344		hat das geschafft.
345	<b>I:</b>	Das sind ganz wenige Lichtblicke auch, die man da hat.
346	<b>B:</b>	Ja (...)
347	<b>I:</b>	Und das ist sicher auch, wenn man ein Kind mit einer Behinderung hat,
348		aufnimmt, oder auch selber bekommt, dass man ja auch schnell mit
349		ausgegrenzt wird. Nicht nur das Kind, sondern auch die Familie. Und man das
350		Gefühl hat, warum hat man es denn eigentlich so schwer.
351	<b>B:</b>	Ja (...), ja (...)
352	<b>I:</b>	Ich möchte dann auch auf die Motivation eingehen. Als Sie überlegt haben, ein
353		Pflegekind aufzunehmen, also auch schon bevor sie das erste Pflegekind
354		aufgenommen haben. Haben Sie sich auch Gedanken gemacht, auch mit Ihrem
355		Mann gesprochen, was wäre, wenn das Kind eine Behinderung hat? Spielte das
356		auch vorher schon eine Rolle? Oder war für Sie erstmal nur klar, ein Kind?
357	<b>B:</b>	(...) nein. Also bei dem ersten Kind war ja offensichtlich, der konnte nicht
358		laufen. Er war fast zwei, als er zu uns kam und ging so an der Fensterbank

359		entlang, aber man konnte halt an den Bewegungen sehen, es ist kein normales
360		Laufen. Er hatte dann auch einen Gehwagen. Ähm, da war das also ganz klar
361		ersichtlich (...). Also bei ihr, gut wir haben die Eltern erlebt. Also uns war schon
362		klar, ähm. Was hat mein Mann immer gesagt, genetischer Supergau. Es war
363		schon absehbar, dass es alles langsamer laufen wird. (...) also, ich muss ganz
364		ehrlich sagen am Anfang macht man es sich nicht wirklich bewusst, was das
365		wirklich bedeutet. Man wächst da rein. Und ich denke, dadurch, dass sie so
366		klein war, ähm (...) sind wir auch wirklich ganz langsam da rein gewachsen.
367		Bei uns in der Familie sind eine ganze Menge Adoptivkinder auch. Wo man ja
368		letztendlich auch immer wieder Überraschungen erlebt. Insofern ist das also in
369		der Familie also gar kein Thema. Im Freundeskreis gehören die Kinder
370		eigentlich auch dazu. (...) so und ja gut, in öffentlichen Einrichtungen sowas,
371		das tut schon weh. Aber letztendlich haben wir auch da immer noch Leute
372		gefunden, ähm (...) die uns nicht ausgrenzen. Und ich sag mal, der Kreis wird
373		vielleicht ein bisschen kleiner, aber dafür etwas enger. Der Zusammenhalt ist
374		besser. (...) das haben wir jetzt nicht so als negativ empfunden.
375	<b>I:</b>	(...) und jetzt nochmal auf das Thema Behinderung zu sprechen zu kommen.
376		Welche Ursachen liegen denn für die geistige Behinderung zu Grunde?
377	<b>B:</b>	Ich denke, es ist erblich. Also, wie gesagt, ähm (...) ja die Mutter ähm versucht
378		auch jetzt noch ihren Schulabschluss zu machen. Also ist auf jeden Fall
379		Lernbehinderung. Ich denke auch so fließend. Da sind bestimmt auch wenn
380		man genau gucken würde, ähm viele Faktoren die bei unserem Pflegekind auch
381		gegeben sind. Der Vater macht einen fitteren Eindruck, hat dann aber
382		irgendwann vorletztes Jahr oder vielleicht auch schon vor drei Jahren,
383		irgendwann auch mal gesagt, ähm irgendwie mal seine Betreuung, die auch
384		beim Hilfeplan dabei war. Also, die sagte, man müsse auch dann mal seine
385		Behinderung berücksichtigen. Vom Jugendamt wusste niemand, dass er einen
386		Behindertenausweis hat. Also er hat auch einen und weiß den auch gezielt
387		einzusetzen, in dem Moment wo es Vorteile gibt oder wo man vielleicht auf ihn
388		Rücksicht nehmen muss. Aber vorher war dies nicht bekannt.
389	<b>I:</b>	Wissen Sie auch Näheres darüber vielleicht, welchen Grad der Behinderung?
390	<b>B:</b>	Nein, das weiß ich nicht.
391	<b>I:</b>	Ist auch zu vermuten, dass auch bei den Eltern die Grenze zur Geistigen
392		Behinderung hin gegeben ist? Oder glauben Sie ist es eher so, dass es sich im
393		Bereich der Lernbehinderung hält?
394	<b>B:</b>	Also bei der Mutter würde ich inzwischen sagen eindeutig auch eine geistige
395		Behinderung (...) bei dem Vater ist es sehr schwierig. (...) also. Er hat schon
396		auch sehr deutliche Auffälligkeiten, zum Beispiel auch das provozierende
397		Verhalten, was unser Pflegekind auch so zum Teil hat. Eindeutig vom Vater.
398		Erkennt man ganz ganz deutlich wieder. Andererseits hat er einen
399		Führerschein, wo wir uns auch immer wieder wundern, wie er den geschaffen
400		hat. (...) dass weiß ich nicht, inwieweit das eben geistige Behinderung ist. Also
401		ich denke, sehr sehr fließend. Sind da die Übergänge.
402	<b>I:</b>	Ist auch etwas von den leiblichen Eltern bekannt? Ähm, aus welchen familiären
402		Verhältnissen sie selber stammen?
403	<b>B:</b>	Der Vater hat auch in einer Pflegefamilie gelebt. Lebt zurzeit jetzt aber mit
404		seinem leiblichen Vater zusammen. Ähm (...) das ist aber wohl auch sehr
405		konfliktreich. Bisher habe ich seinen leiblichen Vater erst einmal kennen
406		gelernt. Ganz am Anfang. Ich glaube das war dann, der zweite Geburtstag muss
407		das gewesen sein, von ihr. Da hat er fürchterlich auf Pflegeeltern geschimpft.
408		Ähm, die ganze Erscheinung war auch abschreckend, wo wir gesagt haben das
409		möchten wir nicht mehr, dass da der Großvater mit erscheint. Bei der Mutter,
410		da kennen wir nur die Mutter, die jetzt mit einem anderen Lebensgefährten

411		zusammenlebt. Und da gibt es noch eine Schwester. Ich denke, die beiden sind
412		auch, ohne dass das abwertend klingen soll, etwas schlicht gestrickt. Aber
413		leben selbständig. Während beide Eltern irgendwo auch im Betreuten Wohnen
414		zeitweise waren und auch zum Teil immer noch angegliedert sind, Betreuung
415		haben. Der Vater kündigt ab und zu mal, dann sucht er sich wieder krampfhaft
416		jemand Neues. Letztendlich sind sie eben beide so, dass sie auch Betreuung
417		brauchen. Das spricht ja für die geistige Behinderung.
418	<b>I:</b>	Und lebt die Mutter auch noch in einer Einrichtung?
419	<b>B:</b>	Ähm (...) sie lebt mit einem Freund zusammen. Solange sie alleine gelebt hat,
420		war das immer auch mit Betreutem Wohnen. Aber sie hat immer auch noch die
421		Möglichkeit, sich da noch Hilfe zu holen. Also, sie lebt wie gesagt mit einem
422		Freund zusammen. Eigenständig in einer eigenen Wohnung. Aber ich denke,
423		dass da auch irgendwie Hilfe im Hintergrund steht. Und ich denke,
424		Besuchskontakte kommen noch, das Thema, aber da sind immer Betreuungen
425		dabei für die Eltern. Was sehr positiv ist und auch einiges aussagt.
426	<b>I:</b>	Sie haben gesagt, dass die leibliche Mutter versucht, einen Schulabschluss zu
427		erwerben. Ist etwas zum Schulabschluss des Vaters bekannt?
428	<b>B:</b>	Der muss einen Schulabschluss haben. Er hat nämlich bei der Einschulung
429		erzählt, er hätte auch eine Ausbildung gemacht. Was immer, das weiß ich nicht.
430		Er arbeitet jetzt irgendwie als Security-Mitarbeiter irgendwie. Aber auf jeden
431		Fall war ihm das sehr wichtig. Und ich denke, da müsste er ja irgendwie einen
432		Schulabschluss haben. Wobei, wie gesagt mit dem Schreiben hat er solche
433		Schwierigkeiten. Das passt nicht immer zusammen, was er uns da so erzählt.
434	<b>I:</b>	Und in den Unterlagen des Jugendamtes? Ist da etwas als Vorgeschichte
435		bekannt?
436	<b>B:</b>	Da ist nichts. Gar nichts.
437	<b>I:</b>	Dann ist das ja nicht wirklich viel.
438	<b>B:</b>	Ganz wenig. Letztendlich, dass es damals hieß, sie leben in einer Mutter-Kind-
439		Einrichtung, Eltern können sich nicht kümmern, sind beide ja auch sehr sehr
440		eingeschränkt und ähm das war es dann schon fast. Ein Bericht von der
441		Kinderärztin, wo dann eben stand: ja, richtet sich nicht auf, krabbelt nicht, was
442		ein Kind von einem Jahr ja eigentlich auch macht. Sie hat mit einem und
443		dreiviertel Jahr dann auch erst Laufen gelernt.
444	<b>I:</b>	Und zur Geburt, ist da etwas bekannt?
445	<b>B:</b>	Das soll ganz normal verlaufen sein.
446	<b>I:</b>	Und ist da etwas dokumentiert?
447	<b>B:</b>	Das ist unauffällig. Diese ersten Überprüfungen, da machte alles einen
448		normalen Eindruck.
449	<b>B:</b>	Und gibt es Hinweise auf Alkohol, Drogen, Nikotinmissbrauch?
450	<b>I:</b>	Nikotin. Ich denke die Mutter hat geraucht. Wieviel weiß ich nicht. Ähm,
451		dokumentiert ist da nichts.
452	<b>I:</b>	Sie können dann gerne auch noch Dinge ergänzen, wenn Ihnen jetzt da im
453		weiteren Gespräch noch Dinge in den Sinn kommen.
454	<b>B:</b>	Ja.
455	<b>I:</b>	Dann wollen wir jetzt zum Thema Elternschaft kommen.
456		Können Sie sich noch an die erste Begegnung mit Ihrem Pflegekind erinnern?
457	<b>B:</b>	Ja (lachen), kann ich noch (lachen). Das war wie gesagt in dieser Einrichtung in
458		der die Mutter ein Zimmer hatte. Wo eben ihr Bereich war und der Bereich des
459		Kindes. Die Kleine lag in ihrem Bettchen. Es war irgendwie alles grau. Nicht
460		schmutzig, aber irgendwie so verwaschen, nichts Farbiges. Und sie selbst auch.
461		Alles grau und sie guckte irgendwie nur so starr nach oben. Und ansonsten,
462		nicht das man sagt eine Reaktion oder ein Lächeln. Da war gar nichts. Und



463		irgendwie so grau und grau. Alles irgendwie so traurig und trist. (...) ja und ich
464		hab (...) ich weiß gar nicht, ich war einmal (...) da haben wir die Eltern kennen
465		gelernt. Wir hatten, die Eltern waren auch einmal mit dem Jugendamt und der
466		Kleinen hier (im Haus der Pflegefamilie). Haben sich das angeguckt. Haben
467		geguckt, wo die Kleine, wo das Zimmer wäre. Dann hatten wir sie zwei Mal am
468		Wochenende hier. Erst für ein paar Stunden, dann für den ganzen Tag. Und ich
469		bin zwischendurch eben auch ein paar Mal da gewesen. Hab sie da auch mal
470		mit gefüttert. Bin mit ihr spazieren gegangen. Und dann ist sie doch relativ
471		schnell zu uns gekommen.
472	<b>I:</b>	Das ist ja auch schon eine besondere Situation, dass die Eltern auch hier (im
473		Haus der Pflegefamilie) waren?
474	<b>B:</b>	Die Eltern haben beide das Sorgerecht und das war dem Jugendamt auch ganz
475		wichtig, dass die Eltern auch zustimmen. Wie gesagt, der Vater stand nicht
476		wirklich dahinter. Das war so bisschen wie Pistole auf der Brust, also das hieß
477		wenn er sich dagegen stellt (...). Die Mutter hatte ja gesagt, sie möchte das.
478		Ähm, da hatte man ihm gedroht, dass ihm das Sorgerecht entzogen wird. (...)
479		ähm auch ein bisschen ähm zweideutig, aber letztendlich war er nur Gast, ich
480		sag mal wenn er mal Nachmittags eine Stunde da ist (in der Mutter-Kind-
481		Einrichtung), kann er nicht einschätzen, ob die Mutter das kann. Und wenn die
482		Mutter das wirklich erkennt, sie kann das nicht. Und das war ganz deutlich,
483		denke ich, dann muss dann eigentlich das Gewicht mehr auf dem Willen der
484		Mutter liegen. (...) ich denke auch, so traurig es letzten Endes auch für die
485		Familie war, diese Erkenntnis der Mutter war bestimmt ganz wichtig. Dass sie
486		nicht nur den Eindruck hatte, man nimmt ihr das Kind weg, sondern ähm ja,
487		die Leute haben dann auch geguckt und gesagt, sie braucht jetzt Essen, sie
488		muss gewickelt werden, aber sie musste das alles machen und das war ihr
489		dann alles irgendwann zu viel.
490	<b>I:</b>	Gerade wenn sich dann auch kein Lerneffekt eingestellt hat. Wenn Routinen
491		und Rituale möglich wären, das das gar nicht geleistet werden konnte von der
492		Seite.
493		Ich habe eine ganz kurze Frage zum Namen? Hieß sie schon so oder haben sie
494		den Namen gegeben?
495	<b>B:</b>	Das ist der Name, den die Eltern ausgesucht haben.
496	<b>I:</b>	Das ist ja manchmal auch möglich in diesem Inpflegenahmeprozess.
497	<b>B:</b>	Das weiß ich nicht, wir hatten es beide Male, dass die Kinder auch ihre Namen
498		mitgebracht haben. Das ist für sie auch ganz wichtig. Den Vornamen hat wohl
499		die Mutter ausgesucht. Sie hat erzählt, da waren zwei zur Auswahl, das hat sie
500		dann mal erzählt. Und das sie dann gerne diesen Namen wollte und der
501		Nachname ist eben vom Vater. Dadurch das die Eltern verheiratet waren, ähm
502		hat sie dann eben den Namen. Und sie heißt dann eben auch so wie ihre Eltern
503		und das ist auch für sie ganz wichtig. Das ist, um nochmal darauf zurück
504		zukommen das die Eltern mit hier waren, auch das ist für sie ganz wichtig. Sie
505		hatte eine Zeit, da hat sie immer gefragt, wie sie denn hergekommen ist. Und
506		da haben wir ihr erzählt, dass einmal wir geguckt haben, ob wir uns das
507		vorstellen können und das aber auch ihre Eltern geguckt haben ob sie meinen,
508		dass ihr es hier gut geht. Und das auch die Frau vom Jugendamt hiermit war
509		und geguckt hat, ob es ihr hier gefällt. Und dann ist immer so das Ende der
510		Geschichte, dass wir uns gegenseitig ausgesucht. Sie hat ja auch geguckt und
511		gesagt, ja gefällt mir. Und das hat sie ganz lange immer wieder gefragt und
512		immer wieder diese Geschichte und ja, wir haben uns auch sie ausgesucht. Ja,
513		das ist für sie so ganz wichtig. Das sie jetzt auch zwei Mamas und zwei Papas
514		hat. Und sie sagt auch zu den beiden Mama und Papa, jeweils in Kombination
515		mit dem Vornamen und wir sind halt Mama und Papa. Und das war eben auch

516		so der Punkt, dass sie irgendwann sagte, Mama und Papa mit Vornamen, ähm
517		ist ja komisch. Und da haben wir eben gesagt, das hängt damit zusammen das
518		du deine Eltern hast und das du dann geguckt hast, du hast uns ausgesucht, das
519		Jugendamt hat uns ausgesucht und dann sind wir eben jetzt auch Mama und
520		Papa.
521	<b>I:</b>	Als das eben jetzt auch mit dem Namen so war, Mama und Papa zu sein. Haben
522		Sie sich da auch als Familie Gedanken dazu gemacht? Manchmal hat das
523		Jugendamt ja auch dazu Vorstellungen. Auch das Thema Rückführungen steht
524		ja immer wieder auch vielleicht im Raum, auch wenn alle Beteiligten wissen,
525		dass es nicht so sein wird. Dennoch auch zu gucken, welche Rolle nehmen wir
526		da jetzt ein. Gerade bei einem so ganz jungen Kind.
527	<b>B:</b>	Also, wir haben das auch schon bei dem ersten Pflegekind gehabt. Dadurch
528		dass wir einfach auch schon zwei andere Kinder hatten, die Mama und Papa
529		sagen, kam das ganz automatisch. Damals bei dem Jungen auch. Und bei ihr, ja,
530		denke ich Mama ist einfach auch leichter, als jetzt den Vornamen zu sagen. Sie
531		hat es gehört. Sie hat es gesagt. Wir haben dann aber auch ganz bewusst den
532		leiblichen Eltern gegenüber gesagt, dass sind auch Mama und Papa. Ich weiß
533		wohl, dass es Literatur gibt, die besagt es gibt nur einmal Mama und Papa.
534		Oder man spricht die leiblichen Eltern mit Vornamen an. Wir haben es
535		kombiniert und damit kommt sie ganz gut klar. Ich glaube auch für die Eltern
536		ist das auch ganz wichtig. Da ist eben ein reger Kontakt auch. Also sie sieht ihre
537		Mutter in der Regel vierzehntägig. Und den Vater einmal im Monat. Also
538		wirklich ganz oft. Und sie wollen Eltern sein. Und dann können wir es Ihnen
539		auch nicht nehmen, dass sie Mama und Papa sind. Und der Vater hatte so am
540		Anfang auch die ganz große Sorge, dass wie sie adoptieren wollen. Da haben
541		wir gesagt, das wollen wir gar nicht. Und trotzdem, ganz am Anfang und das
542		spricht Bände, hat er immer gesagt, bis sie acht ist, oder neun wird, so lange
543		kann sie bei uns bleiben. Das ist quasi die erste Hälfte bis achtzehn. Das
544		entscheidet die Mutter. Und die zweite Hälfte entscheidet er. Und dann nimmt
545		er sie zu sich. Da hat das Jugendamt aber gesagt, das geht gar nicht. Wie gesagt,
546		er hat hier für die zwei Stunden immer einen Betreuer zur Seite, der ihm hilft.
547		Aber das war ganz lange sein Traum. Und das Jugendamt hat dann bei
548		jedem Hilfeplangespräch darauf hingearbeitet und gesagt, sie ist ja nun da
549		verwurzelt. Sie ist da zu Hause. Und irgendwann stand dann auch mal im
550		Hilfeplan, ist angepeilt, bis sie volljährig ist. Da hat er auch nichts dazu gesagt.
551		Wie gesagt, dass kann sicherlich noch kommen. Jetzt wird sie acht, also das
552		nächste Jahr ist dann spannend. Ob er nochmal einen Anlauf nimmt, aber ich
553		denke, er kann es einfach nicht. Und wir haben zum Beispiel auch immer seine
554		Anwältin bei den Jugendhilfegesprächen dabei, weil er am Anfang auch vieles
555		nicht verstanden hat und dann immer als erstes zu der Anwältin gelaufen ist
556		und dann kamen gleich die bösen Briefe. Dann hat irgendwann das Jugendamt
557		gesagt, die laden wir alle mit ein. Also unsere Hilfeplangespräche sind immer
558		sehr groß. Also Mutter mit Begleitung, Vater teilweise mit Begleitung und der
559		Anwältin, das Jugendamt und manchmal ist noch die Reittherapeutin dabei
560		und ich. Große Runde. Und Viele die einfach begleitend tätig sein.
561	<b>I:</b>	Sie haben jetzt schon ganz viel über die Kontakte erzählt. Die Kontakte finden
562		jeweils im Jugendamt statt, oder?
563	<b>B:</b>	Nein, das ist auch schwierig, wegen der Zuständigkeit des Jugendamtes dürfen
564		wir die Räume hier (im Heimatort) nicht mehr nutzen. Das wurde wieder
565		gecancelt. Ähm, mit der Mutter macht sie zusammen Reittherapie. Das heißt,
566		sie wird hier abgeholt und sie fahren zum Reiten und sie wird hier wieder
567		zurück gebracht. Und ähm, mit dem Vater findet das in der Regel im
568		Gemeindehaus statt, bzw. wenn das Wetter schön ist auch mal auf dem

569		Spielplatz. Also, wir haben in der Regel zwei Stunden und ab und zu auch wenn
570		Ferien sind, mal ein längeres Treffen, so dass sie dann auch mal einen Ausflug
571		machen können.
572	<b>I:</b>	Sind Sie da jedes Mal dabei?
573	<b>B:</b>	Ich bin nie dabei. Ich bin nur dabei, wenn Geburtstag oder Weihnachten
574		nachgefeiert wird. Ansonsten finden diese Treffen ohne uns statt. Es ist immer
575		eine externe Begleitung dabei. Und damit sind wir sehr sehr gut gefahren. Bei
576		unserem ersten Pflegekind war ich immer dabei und das war immer das
577		Gefühl, dass das so ein Machtkampf ist, so ein Austesten. Sein Vater hat dann
578		irgendwas gesagt, um das Kind vielleicht auch gegen uns aufzubringen. Hat
579		geguckt, wie reagiert das Kind, wie reagieren wir und diese Besuchskontakte
580		waren nachher auch sehr (...) sehr emotional belastend. Es war so, dass das
581		Pflegekind dann nachher dann oben die Gardinen von der Stange gerissen hat
582		oder Tapeten von der Wand. Eben auch wirklich richtig aggressiv war. Und als
583		jetzt der Vorschlag war, es findet begleitet statt und ich muss nicht dabei sein
584		habe ich gesagt: wunderbar, ähm (...) wenn man mal telefoniert und erzähl,
585		was da gerade für wichtige Entwicklungsschritte waren, ähm dann ist das
586		deutlich einfacher, als wenn wir jedes Mal diese Treffen zusammen haben.
587	<b>I:</b>	Aber solche Kontakte gibt es auch, mit beiden Eltern?
588	<b>B:</b>	Auch, aber die sind etwas schwierig zu erreichen. Also die gehen dann nicht
589		unbedingt ans Telefon. Ähm, der Vater lässt es dann Klingeln. Wenn man Glück
590		hat, dann ruft er zurück. Irgendwie. Die Mutter hat öfter ein neues Handy. Wir
591		haben es öfter schon gehabt, dass wir sie zum Beispiel zu Neujahr gar nicht
592		erreicht hatten, aber grundsätzlich gibt es das. Der Vater hatte auch eine Zeit
593		wo er gesagt hat, er würde gerne regelmäßig mit ihr telefonieren. Dann war
594		das ein paar Wochen regelmäßig, dann ist es wieder eingeschlafen. Ähm, also
595		ich sage mal, wenn es nicht öfter als einmal die Woche ist, ist es für uns okay.
596		Also ich muss hier jetzt nicht täglich die Anrufe haben, aber das pendelt sich
597		ein und ja (...) wie gesagt, läuft gut. Da sind wir ganz zufrieden und für sie sind
598		die Kontakte schön, sie freut sich drauf. Das ist aber auch wieder okay, wenn
599		sie wieder da ist nach den zwei Stunden. Ähm, sie hat (...) manchmal ist sie
600		dann danach so ein bisschen aufgewühlt vielleicht, aber sie ist im Großen und
601		Ganzen gut drauf. Wie gesagt, sie geht gerne, sie kommt gerne wieder. Das
602		gehört einfach dazu. Sie kennt das von klein auf. Und damit können wir gut
603		leben.
604	<b>I:</b>	Fordert sie es auch ein? Oder ist es so, wie es ist gut?
605	<b>B:</b>	Nein, eigentlich ist das so gut. Wie gesagt, sie weiß ja diese Abstände, also
606		wenn Freitag ist, dann ist zweimal Reiten und einmal ist der Vater da und ein
607		Freitag ist frei. Ähm, am Anfang war der Vater unzuverlässiger. Dann standen
608		wir ein paar Mal auf dem Parkplatz und er kam nicht oder er kam eine halbe
609		Stunde zu spät. Da war sie dann schon (...) sauer und hat auch geschimpft.
610		Aber sobald er da war, war alles gut. Also, sie hat dem Vater gegenüber das nie
611		geäußert. Das hab ich dann mal beim Hilfeplangespräch angesprochen, das es
612		dann schwer ist dazusitzen und eine halbe Stunde zu warten. Jetzt
613		zwischenzeitlich wird sie hier abgeholt. Das ist besser. Und da diese Begleitung
614		sie abholt, der ist immer super pünktlich, notfalls warten die beiden dann. Das
615		läuft gut. Und wenn die Mutter da mal absagt, jetzt weil sie krank war. Ja ist
616		schade, aber das ist dann auch nach fünf Minuten vergessen. Wie gesagt, es
617		gehört jetzt so zu ihrem Leben dazu, es gehört zu unserem Alltag dazu. Esst
618		gut. Wir haben am Anfang auch mal angeboten, dass die Eltern hier sein
619		können, das haben wir dann aber doch wieder gelassen. Mit der Mutter ist es
620		einfach so, da muss ich die ganze Zeit dabei sein und die Anleitung machen.
621		Also, sie kann dann gar nicht mit ihr spielen und sie hört dann auch gar nicht

622		auf das, was sie sagt und dann ist sie beleidigt. Und ähm, bei dem Vater war es
623		dann auch eine Zeitlang (...) oder war es etwas schwieriger das Verhältnis.
624		Einfach, er braucht öfter mal eine Baustelle in Anführungsstrichen und das ist
625		dann hier bei uns, wo er dann einfach ein bisschen gestänkert hat. Wo wir
626		Ärger hatten, was das Jugendamt ganz schön ab gepuffert hat, aber wo wir zu
627		dem Schluss gekommen sind, wir möchten eigentlich nicht, dass er hier noch
628		kommt. (...) und wenn man das Gefühl hat, man sitzt hier nett zusammen und
629		trinkt einen Kaffee und erzählt. Und dann kommen hinterher irgendwelche
630		Vorwürfe. Dann haben wir gesagt, nein das möchten wir nicht. Und wie gesagt,
631		seitdem ist es auch friedlicher. Er hat dann mit dem Betreuer oder dem
632		Jugendamt Ärger. Ja (...) das betrifft uns dann hier nicht so sehr.
633	<b>I:</b>	Dann ist ja auch wichtig, dass Ruhe einkehrt und dass man ein Stück raus ist.
634	<b>B:</b>	Richtig. Wie gesagt, die Eltern untereinander, das ist sehr schwierig. sie
635		schaffen es inzwischen die Kontakte mit Geburtstagsfeier und Weihnachtsfeier,
636		Nachfeier gemeinsam durchzustehen, aber es ist nicht immer ganz frei von
637		Ärger im Nachhinein. Gerade seitens des Vaters. Und er hat versucht, auch so,
638		ob ich nicht mit der Mutter sprechen könnte. Dann habe ich gesagt, wissen Sie,
639		wir vertreten Ihre Tochter und uns ist ganz wichtig, dass wir zu beiden Seiten
640		einigermaßen friedlichen Kontakt haben. Ihnen ist es doch wichtig, dass wir
641		für sie da sind. Da halten wir ganz klar die Grenzen zu beiden ein. Das hat er
642		dann auch eingesehen und akzeptiert. Das lernt man ja auch im Laufe der
643		Jahre.
644	<b>I:</b>	Ja, ich will nochmal auf das Kennenlernen zurückgehen. Wenn Sie versuchen,
645		sich zurück zu erinnern. Wie war damals Ihr emotionales Erleben? Können Sie
646		sich erinnern? Wie haben Sie sich gefühlt? Gab es da bestimmte Dinge, die
647		Ihnen heute noch bewusst sind? Haben Sie auch mütterliche Gefühle gehabt?
648	<b>B:</b>	Ja, sehr schnell auf jeden Fall. Als sie hier bei uns war ja. Also da (in der Mutter-
649		Kind-Einrichtung), da war eher Mitleid. Wie gesagt, das Ganze, wenn man sie
650		gesehen hat. Der Raum und dieses kleine Würmchen darin und alles so grau in
651		grau und traurig und trostlos. Aber hier bei uns war das ganz schnell. Also, sie
652		hat ganz schnell dazugehört. (...) das war, also sie war einfach so
653		schutzbedürftig, glaube ich. Das ist so (...) das hat alles leicht gemacht. Und
654		klar, mit dem Kindchen-Schema, bei einem Kleinkind, was so ganz hilflos ist, da
655		ist man ganz schnell dann so emotional berührt. Das war wirklich, bei meiner
656		Schwester, die haben das zweite Kind im Juni 2007 und ähm, als wie sie dann
657		gesehen haben. Also, die ist gleichzeitig aus dem Krankenhaus in die Familie,
658		das war auch so der Punkt, wo mein Mann sagte, wollen wir nicht nochmal.
659		Dann kam sie und es passte und es war so, wie alle es sich gewünscht haben.
660		Für die beiden Mädchen. Es war ein Mädchen, es war ein Baby. Es war
661		rundherum gut und sie war einfach ganz dankbar. Sie ist, solange ja (...) sie
662		nicht gesprochen hat. Es sprachen irgendwann die Augen. Am Anfang war es
663		ein Blick, stumpf nach oben, dann war es relativ schnell, dass die Augen
664		gesprochen haben. Dass sie so richtig flirten konnte. Also auch mit Fremden,
665		als wir mit dem Zug gefahren sind und daneben saß jemand, dann gingen die
666		Augen rüber. Sie hat ganz viel nonverbal gemacht. Und als sie dann anfang
667		mobiler zu sein, (...) und sie durfte mit den anderen mitspeilen, Vater, Mutter,
668		Kind oder Arzt und sie war Patient, dann hat sie alles dankbar mitgemacht.
669		Und ja das war da also (...) ich denke das hat den ganzen Einstieg enorm
670		erleichtert.
671	<b>I:</b>	Ich will jetzt gerne nochmal den Schwenk machen zum Thema Elternschaft.
672		Mutterschaft, Vaterschaft, kann man ja auch so ein bisschen voneinander
673		entkoppeln. Wie verstehen Sie unter Elternschaft, darunter Mutter zu sein? In
674		Bezug auf Ihr Pflegekind?

675	<b>B:</b>	Mh (...) also grundsätzlich, für die Kinder da zu sein. Also, auch die eigenen
676		Bedürfnisse ein ganzes Stück zurück zu stellen. Erstmal kommen die Kinder.
677		Das man also wirklich sagt, wir versuchen alles, sie zu unterstützen. Ähm, sie
678		glücklich aufwachsen zu sehen. Ähm, die Versorgung sowieso, klar das gehört
679		alles mit dazu, aber das sie glücklich und zufrieden ist, dass sie ihren Platz
680		findet. Das sie geliebt und angenommen ist (...). Also, sie gehört hier komplett
681		dazu. Ähm, um das vielleicht so zu erklären. Wir waren vor zwei Jahren zur
682		Kur, ähm sie, die jüngere Tochter und ich. Und die große Tochter war zu der
683		Zeit ziemlich krank. Also vorher gewesen. Sodass wir gesagt haben, wir
684		brauchen eine Auszeit, weil ihre Behinderung (die des Pflegekindes) und das
685		andere noch (Krankheit der Tochter), ähm (...) und dann hat die eine
686		Therapeutin während der Kur gesagt, man sollte sich vielleicht überlegen,
687		wenn das eigene Kind krank ist, ob man das Pflegekind nicht weg gibt. Und
688		ähm, dann habe ich heulend meinen Mann angerufen und der hat gesagt, also
689		das kommt überhaupt nicht in Frage. So lange wir gesund sind. Es kann ja
690		immer sein, dass man selber wirklich eine schwere Krankheit hat, haben wir
691		auch bei einer Pflegemutter erlebt, die an Krebs erkrankt ist und inzwischen
692		auch verstorben ist, die dann natürlich ihre Pflegekinder abgeben musste. Aber
693		wir haben gesagt, so lange wir das können, bleibt sie (das Pflegekind) hier. Und
694		irgendwo, sagte jemand, ich glaube die Frau vom Jugendamt. Dann hat Ihnen
695		die Therapeutin ja auch geholfen, für sich klar zu entscheiden. Und es war auch
696		so. da noch einmal klar zu sagen, es ist vollkommen indiskutabel, sie gehört
697		genauso dazu, wie die anderen beiden auch. Egal wie schwer das ist. Irgendwie
698		schaffen wird das. Und sie bleibt da. Das gehört für uns alles mit dazu. Sie
699		gehört ganz ohne Frage dazu und es wird das Leben auch größtenteils darauf
700		ausgerichtet, dass sie dabei ist. Wir versuchen natürlich inzwischen auch über
701		offene Hilfe und so, auch mal Freiräume zu kriegen. Aber ich denke, das
702		machen andere genauso. Und gerade auch, wo die Altersspanne so groß ist,
703		dass man sagt, mit den Großen kann man einfach auch andere Sachen machen.
704		Von denen sie definitiv noch nichts hat. Aber wir machen ganz viel auch ganz
705		bewusst alle zusammen. Und jeder nimmt sie mit, auch die beiden Schwestern.
706		Jeder hat so seinen Part mit ihr. Das ist ja auch bei den Hilfeplangesprächen, da
707		kriegen wir vorab so einen Fragebogen, immer ein Thema mit den
708		Bezugspersonen. Klar bin ich die Hauptbezugsperson. Ich bin hier die ganze
709		Zeit zu Hause und mache alles mit ihr. Aber trotzdem hat jeder so ganz
710		individuell so seinen Part, was er mit ihr macht. Das fordert sie ein. Das gehört
711		dazu. Das ist auch ganz gut so.
712	<b>I:</b>	Ich glaube, ich muss gar nicht mehr fragen, welche Bindung Sie zu Ihrem
713		Pflegekind haben? Und welche Bindung Ihr Pflegekind zu Ihnen hat? Nicht nur
714		zu Ihnen, sondern auch zu Ihrer Familie, Ihrem Mann?
715	<b>B:</b>	Sehr eng. Ganz eng. Ähm, Weihnachten vor einem Jahr (...) hat die Oma, die
716		war hier mit zur Weihnachtsfeier dann gefragt, willst du mit uns, mit deiner
717		Mama (leibliche Mutter) mitkommen. Doofe Frage. Aber sie (das Pflegekind)
718		hat ganz klar gesagt, ich gehe mit Mama (Pflegemutter) nach Hause. Da war die
719		Oma schwer gekränkt. Aber solche Fragen sollte man nicht stellen. Da war
720		ganz deutlich das sie auch gesagt hat, ich höre hier her (in die Pflegefamilie). So
721		klein, wie sie war.
722	<b>I:</b>	Ja (...) es ist ja oft von der Seite des Jugendamtes anfangs immer sehr unklar,
723		kann ein Kind bleiben oder kann es nicht bleiben. Und meine Fragestellung
724		geht dahin, ja wie weit darf man sich emotional an ein Kind binden, das auch
725		jederzeit wieder gehen könnte. Ziel ist ja immer die Rückführung in die
726		Herkunftsfamilie. Und von daher finde ich die Frage ganz spannend, was
727		erwartet man eigentlich von Pflegeeltern? Sollen sie wirklich nur die

728		Pflegeeltern sein, die die Pflege sichern, oder dürfen sie auch Emotionen zeigen
729		und auch die Rolle von Mutter und Vater übernehmen?
730	<b>B:</b>	Also, ich denke, ein Kleinkind nur zu versorgen, das wäre bitter. Wenn ein Kind
731		ohne die emotionale Zuwendung aufwachsen würde. Wenn auch die leiblichen
732		Eltern das so gar nicht geben können. Also, bei unserer Pflgetochter haben
733		wir nicht so die Sorge gehabt, weil eben relativ schnell klar war, dass die
734		leiblichen Eltern dies gar nicht bieten können. Und wenn das Jugendamt
735		entscheiden würde, unser Pflegekind würde hier nicht mehr wohnen, dann
736		würde sie in irgendeine Einrichtung gehen, dann ist das eher unwahr-
737		scheinlich, sage ich mal. Das war eher so, dass man gesagt hat, man weiß nicht,
738		wie sie sich entwickelt. Kann ja sein, dass irgendwo der Punkt kommt, wir
739		können es nicht mehr leisten, ähm aber im Moment sehe ich da das Problem
740		auch nicht. Aber wir haben diese Trennung einmal erlebt. Und das war sehr
741		sehr schwer. Wir haben alle sehr gelitten und unsere Kinder auch. Und wir
742		haben auch eine ganze Zeit gesagt, das machen wir nie wieder. Bis dann
743		irgendwann der Punkt kam, wir machen es doch nochmal, eben auch als
744		unsere Nichte da in die Familie kam das war der Punkt wo wir gesagt haben,
745		irgendwo können wir uns das doch nochmal vorstellen. Aber das war, wie
746		gesagt sehr schlimm, sehr lange. Und unsere großen Mädchen haben zum Teil
748		heute noch Momente, wo sie Bilder rausholen und fragen, ob er uns jetzt noch
749		kennen würde. Was jetzt wohl ist. Und das war sehr schade, dass da der
750		Kontakt komplett abgebrochen ist. Das hat es uns sehr schwer gemacht.
751	<b>I:</b>	Gab es in Bezug auf Ihr jetziges Pflegekind Krisen oder gar die Motivation, die
752		Pflegschaft zu beenden?
753	<b>B:</b>	Nein. Nein. Es gibt zwar Tage, wo man sagt ach Gott, worauf haben wir uns
754		eingelassen oder womit haben wir das verdient. Das ist ja manchmal, wo sie so
755		sehr provoziert. Das haben wir zum Glück nicht oft, weil sie sehr viel Charme
756		hat. Aber das gibt es schon und eigentlich ist jeder Tag ein neuer Start und
757		dann muss man sich sagen, aber heute wird es wieder besser. Nein, nicht
758		wirklich. Und das ist vielleicht auch so unser Vorteil, dass wir einfach wissen,
759		bei leiblichen Kindern ist auch nicht so alles toll und es gibt auch da
760		Überraschungsmomente, wo man sagt, woher haben sie das denn? Also, von
761		uns nicht wirklich. Da ist einfach jedes Kind für Überraschungen gut. Und ähm,
762		ja auch das Pflegekind hat eben das Recht eine Überraschung aus dem Hut zu
763		zaubern.
764	<b>I:</b>	Und eine letzte abschließende Frage noch, auf die leiblichen Eltern bezogen.
765		Welche Rolle spielen die leiblichen Eltern? Auch gerade, wenn Sie über
766		Elternschaft nachdenken. Und in Ihrem Gefüge? Es ist ja alles auch sehr gut
767		platziert.
768	<b>B:</b>	Also, sie sind ihre Eltern. Ohne sie gäbe es sie (unser Pflegekind) nicht. Ähm
769		(...). Ja, ich denke, der Kontakt ist für sie wichtig. Auch da liest man ja Vieles
770		drüber. Bei unserem ersten Pflegekind konnten wir das nicht nachvollziehen,
771		wie wichtig das für ihn ist. Weil es ihm hinterher auch sehr oft sehr schlecht
772		ging. Ähm, bei ihr (der Pflgetochter) ist es nicht so. Die Eltern möchten
773		Teilhaben und ich denke, sollen sie auch. Sie waren zum Beispiel auch bei der
774		Einschulung mit dabei. Ähm (...) trotzdem ist es aber so, wir für uns halten den
775		Kontakt relativ gering und damit können wir ganz gut umgehen. Aber für sie
776		ist es richtig. Sie kann vielleicht irgendwann auch mal verstehen (...) weiß ich
777		nicht), wenn ihr Sachen schwer fallen, das kann die Mama auch nicht so gut.
778		Das ist nicht schlimm. Ob man das irgendwann so zur Erklärung mit heran
779		zieht, weiß ich nicht. Das wird die Zeit zeigen.
780	<b>I:</b>	Würde sie das vom Kognitiven verstehen?
781	<b>B:</b>	Schwierig. (...) manche Sachen versteht sie, wenn sie aufgeregt ist, wenn sie

782		Angst hat, wenn sie sich freut, also ganz unterschiedlich. Wenn sie ganz
783		aufgeregt ist, dann flattert sie mit den Armen. Das macht der Vater auch. Ähm,
784		das versteht sie, aber ob ihr das jetzt hilft in der Situation, das kann ich noch
785		nicht sagen. Aber ähm, ja ich denke sie merkt inzwischen, schon auch, wo sie
786		Grenzen hat, wo andere Kinder etwas besser können. Vielleicht wird es ihr
787		dann irgendwann klarer sein. Muss man gucken. Wie gesagt wir haben es noch
788		nie weiter angewendet, nur bei dem Flattern. Irgendwann wird ja der Punkt
789		sein, dass sie es selber artikulieren kann. Das wird noch spannend.
790	<b>I:</b>	Ist denn bei Ihnen jetzt noch eine Frage offen geblieben? Fällt Ihnen noch
791		etwas ein, wo Sie sagen, das haben wir noch gar nicht besprochen. Ich habe
792		jetzt auch so wahrgenommen, wo ich nur mit Ihnen spreche und nicht mit
793		Ihrem Mann, das ist schon sehr symbiotisch. Das Sie da ja auch ähnlich
794		empfinden und ähnlich erleben. Das ist ja auch nicht selbstverständlich. Man
795		ist ja eine Persönlichkeit für sich, gerade auch wenn es um Diagnosen geht
796		oder Dinge, die man verstehen muss, dann kann es vielleicht der eine besser
797		akzeptieren und der andere ein Stück weit weniger gut.
798	<b>B:</b>	Ja, aber ich denke es ist für Pflegeeltern ein Stück weit leichter etwas zu
799		akzeptieren, als für die leiblichen Eltern. Und klar, war das am Anfang (...) der
800		größte Wunsch war, dass sie alleine leben kann irgendwann. Und als dann klar
801		war, geistige Behinderung und wird das vielleicht nie schaffen, dann war das
802		schon schwer. Wir können das nicht erfüllen. Aber es liegt auch nicht in
803		unserer Macht. Wir holen heraus, was heraus zu holen ist. Und ähm mehr geht
804		halt eben nicht. Und letztendlich ist sie auch irgendwie unser Schicksal, wir
805		haben durch sie kennengelernt, viele Sachen ganz anders zu sehen. Ganz
806		anders zu bewerten oder zu gewichten. Diese kleine Schritte zu sehen und sich
807		daran zu freuen, dass sind so Sachen, wenn die Kinder gesund sind und alles
808		läuft gut, dann lebt man in ganz anderen Dimensionen. Da haben wir einfach
809		durch sie (unser Pflegekind) einen ganz anderen Blick gekriegt. Und haben
810		letztendlich dadurch auch die Krankheit unserer Großen ganz anders
811		aufnehmen können. Also für mich ist das wirklich so, dass sie mir da geholfen
812		hat, auch andere Sachen ganz anders anzunehmen.
814	<b>I:</b>	Ja, dann vielen Dank für das Gespräch.
815	<b>B:</b>	Gerne.

#### Transkribiertes Interview 4: Familie D.

1	<b>I:</b>	Dann begrüße ich Sie hiermit noch einmal. Das Interview besteht aus
2		mehreren Frageteilen. Zum einen möchte ich auch ein paar Daten für die
3		Statistik erheben, um auch zu schauen, ob es zwischen den Pflegeeltern
4		Parallelen gibt. Dann geht es auch um Motive und Motivationen, auch darum
5		wie sind Sie zu den Pflegekindern gekommen. Aber auch um Fragen zur
6		Elternschaft und auch zum persönlichen Erleben. Gerne können wir über
7		beide Pflegekinder sprechen. (kurze Pause). Es kann ja auf jeden Fall auch
9		sein, dass es Unterschiede zwischen den Geschichten der einzelnen
10		Pflegekinder gibt. Es sind ja zwei verschiedene Menschen und da erlebt man
11		Dinge vielleicht auch individuell.
12	<b>B:</b>	Ja. Ja, auf jeden Fall.
13	<b>I:</b>	Ich werde unser Gespräch mit dem Aufnahmegerät dokumentieren und ich
14		werde alles Gesprochene hier aufnehmen und nach den geltenden
15		Datenschutzrichtlinien behandeln. Alle personenbezogenen Daten werden
16		nicht weiter gegeben oder veröffentlicht, sondern sie werden anonymisiert
17		und auch in jedem Teil der Arbeit anonym behandelt. Ich werde Ihre Daten
18		mit einer Nummer verschlüsseln, so dass es dann keine Rückschlüsse mehr
19		auf Ihre Person gibt. (kurze Pause)
20	<b>B:</b>	Okay.
21	<b>I:</b>	Zur Unterstützung für das Gespräch habe ich einen Interviewleitfaden
22		angefertigt. Da werden einige Fragen ganz schematisch bearbeitet und dann
23		gibt es noch einen eher freien Teil, wo wir dann auch ausführlicher werden
24		können.
25	<b>B:</b>	Gut. Okay.
26	<b>I:</b>	Wenn Ihnen irgendwelche Fragen suspekt vorkommen oder sie umständlich
27		gefragt sein sollen, dann können wir das auch gerne noch einmal
28		umformulieren. Ja, dann sagen Sie mir das einfach auch.
29	<b>B:</b>	Ja. Okay.
30	<b>I:</b>	Wie alt waren Sie und Ihr Partner zum Zeitpunkt der Inpflegenahme?
31	<b>B:</b>	Der Pflegesohn ist wann gekommen? und ich bin da geboren, ja 34 Jahre. 34
32		müsste ich gewesen sein und mein Mann ist vier Jahre älter, also 38.
33	<b>I:</b>	Und bei Ihrer Pflege Tochter?
34	<b>B:</b>	(...) da bin ich gerade 40 geworden und mein Mann wieder vier Jahre älter,
35		also 44 Jahre.
36	<b>I:</b>	Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie zurzeit oder haben Sie gearbeitet?
37	<b>B:</b>	Also überwiegend bin ich Hausfrau, also fast nur und arbeite als Qigong-
38		Lehrerin. Und das ist immer schwer zu sagen. Mal ist das Blockweise eine
39		ganze Woche, mal ein Wochenende. Fest sind es so acht Stunden die Woche.
40	<b>I:</b>	Und Ihr Mann?
41	<b>B:</b>	Hauptberuflich. Vierzig Stunden. (kurze Pause)
42	<b>I:</b>	Wie alt war Ihr Pflegesohn, als er in die Familie gekommen ist?
43	<b>B:</b>	Ein halbes Jahr.
44	<b>I:</b>	Und wie alt war Ihre Pflege Tochter?
45	<b>B:</b>	Sie war vier Jahre.
46	<b>I:</b>	Immer noch ein paar Fragen zum Profil. Zum Zeitpunkt der Inpflegenahme
47		waren Sie verheiratet? Und der Familienstand hat sich auch seitdem nicht
48		verändert?
49	<b>B:</b>	Ja, es ist so geblieben.
50	<b>I:</b>	Leben weitere Kinder in Ihrer Familie? Wie alt sind diese?



51	<b>B:</b>	Leibliche Kinder? Ja, zwei Söhne, beide älter.
52	<b>I:</b>	Leben weiter Pflegekinder in der Familie?
53	<b>B:</b>	Nein, nur der Junge und das Mädchen. Er ist jetzt 16. Sechzehneinhalb und
54		sie ist dreizehneinhalb Jahre.
55	<b>I:</b>	Wenn Sie sich daran zurück erinnern, als Sie ihn bekommen haben? Von wem
56		ging denn damals der Wunsch aus, ein Pflegekind zu haben, aufzunehmen?
57		War das eher Ihr Wunsch? Oder der Wunsch Ihres Partners? Oder von
58		beiden? Wie ist die Geschichte dazu?
59	<b>B:</b>	Also, ich würde sagen von beiden. Weil eigentlich war es schon, bevor wir
60		eigene Kinder hatten klar, also wir haben immer gesagt, wir wollen eigene
61		Kinder haben und dann gerne ein Kind adoptieren. Also auch gerne mit
62		Migrationshintergrund oder so. Und dann hatten wir halt unsere beiden
63		Söhne, ganz gesund und munter und dann haben wir gesagt das Risiko gehen
64		wir auch nicht mehr ein, also ein drittes Kind zu bekommen. Und wir möchten
65		gerne einem anderen Kind etwas Gutes tun und waren eigentlich beide der
66		Meinung. Also ich wüsste gar nicht, dass das von dem einem mehr oder von
67		dem anderem mehr ist.
68	<b>I:</b>	Also, von beiden gefühlt gleich?
69	<b>B:</b>	Ja, genau.
70	<b>I:</b>	Und die Motivation haben Sie ja gerade auch angesprochen, einem anderem
71		Kind etwas Gutes tun.
72	<b>B:</b>	Ja, genau. Weil es so viele Kinder ohne Eltern gibt, die nicht gewünscht sind
73		und wir da einfach Lust darauf hatten und dachten, dass wir das wohl können.
74	<b>I:</b>	Entsprach die Aufnahme damals Ihren persönlichen Lebensentwürfen?
75	<b>B:</b>	Grundsätzlich ja, es war aber nicht geplant, ein behindertes Kind
76		aufzunehmen. Wir hatten das in dem Antragsformular nicht abgelehnt, aber
77		nicht explizit gewünscht. Und wo der Pflegesohn uns am Telefon vorgestellt
78		wurde, war es schon so, dass wir es eigentlich im ersten Schritt abgelehnt
79		hatten. Also, er war noch im Krankenhaus mit Beatmungsgerät und allem
80		Drum und Dran und ich bin ja keine Kinderkrankenschwester oder so und das
81		haben wir uns erst einmal gar nicht zugetraut. Und haben auch so gedacht,
82		das können wir gar nicht. Aber irgendwie ließ einen der Gedanke dann doch
83		nicht los und man hat sich dann doch mehr mit diesem Thema Behinderung
84		und so weiter beschäftigt. Was ist das überhaupt für eine Behinderung? Und
85		wie geht es überhaupt weiter? Und wie wir ihn dann gesehen haben, dann
86		war es ja eh passiert (Lachen), dann war es ja eh egal, was für eine
87		Behinderung er hat. Also, ne.
88	<b>I:</b>	Und das ist ja in Ihrer Situation ganz besonders gewesen, dass Sie ja auch
89		vorher schon Bescheid wusste. Sie sind mit der Anfrage vertraut gewesen, so
90		dass die Behinderung nicht mehr überraschend kam und Sie darum wussten.
91		Sicherlich nicht, worauf man sich bis ins letzte Detail einlässt. Und oftmals hat
92		man ja auch schon eine Vorstellung vom Down-Syndrom. (kurze Pause)
93		Was wussten Sie denn zum Zeitpunkt der Inpflegenahme über ihn und über
94		dessen Behinderung?
95	<b>B:</b>	Also, wir wussten dass er das Down-Syndrom hat. Wir wussten, dass er nicht
96		selber essen konnte. Er hatte ja damals eine Nasen-Sonde. Er war ein
97		extremes Frühchen. Das war bekannt. Dass die Lungen nicht gut entwickelt
98		waren. Und es war bekannt (...), es hieß eigentlich die Lebenserwartung
99		beträgt eigentlich nicht mehr als ein Jahr. Also, das war uns über die
100		Behinderung bekannt. Und bei unserer Pflegetochter], sie war ja nun schon
101		älter mit vier Jahren: Down-Syndrom und Herzfehler und sie konnte nicht
102		sprechen. Ansonsten relativ gut entwickelt soweit. Nicht so gut gefördert halt.

103	<b>I:</b>	Und als Sie Ihre Pflege Tochter aufgenommen haben, der Wunsch und die
104		Motivation, von wem ging das aus? Oder war das schon viel gezielter?
105	<b>B:</b>	Es war viel gezielter. Also, es war klar, dass wir ein Mädchen wollten. Das ging
106		auch ganz klar von mir aus. Mein Mann war damit einverstanden. Unsere
107		leiblichen Söhne nicht. Die waren gerade in einem Alter, wo sie keine
108		Mädchen hier im Haus haben wollten. Und dann haben unsere beiden Söhne
109		halt gesagt, also wenn ein Mädchen, dann nur eins mit Down-Syndrom. Und
110		dann haben wir gesagt, okay dann suchen wir so eines. Und, ja dann haben
111		wir richtig nach ihr gesucht, haben herum gehört und über sieben Ecken
112		wurde an uns herangetragen, das in einem gewissen Kinderheim halt so ein
113		Mädchen lebt und dann habe ich beim Jugendamt angerufen. Die fielen aus
114		allen Wolken, denn eigentlich war dieses Kind gar nicht zu vermitteln, denn es
115		war da ja gut aufgehoben. Aber die waren super kooperativ und kamen dann
116		auch direkt in die Gänge und haben uns dann auch unsere Pflege Tochter
117		vermittelt. Ja (...).
118	<b>I:</b>	Was wussten Sie über ihre Geschichte zu dem Zeitpunkt?
119	<b>B:</b>	Mh, also eigentlich gibt es keine so große Geschichte zu ihr, außer dass sie
120		halt von einer sehr jungen Mutter geboren wurde, die sie einfach im
121		Krankenhaus gelassen hat und von dort ist sie dann direkt ins Kinderheim
122		gekommen und sie hat so gut wie keinen Kontakt zu ihrer Mutter gehabt zu
123		dieser Zeit. Und das ist eigentlich die ganze Geschichte von ihr. Das wurde uns
124		eigentlich ganz klar gesagt und da wussten wir dann vor der Aufnahme auch,
125		was auf uns zukommt.
126	<b>I:</b>	Hatten Sie direkt die Motivation, ein Kind mit Behinderung aufzunehmen?
127	<b>B:</b>	Also, bei ihm war es ja zufällig, weil das Jugendamt halt dringend eine Familie
128		für ihn suchte. Es war ja eigentlich erst das Ziel, Rückführung zur Mutter, was
129		sich dann ja aber nicht ergeben hat. Und ähm, wir dachten halt, ganz am
130		Anfang, also bevor er bei uns eingezogen war, dachten wir auch, dass das auch
131		so laufen würde und hatten uns auf ein halbes Jahr bis ein Jahr eingestellt.
132		Insbesondere weil ja auch die Lebenserwartung insgesamt nicht so hoch
133		eingeschätzt wurde. Und es war eigentlich schon nach kurzer Zeit, nach einem
134		Vierteljahr klar, dass eine Rückführung nicht zur Debatte stand und dass wir
135		ihn auch behalten. Und bei der Pflege Tochter war die Motivation eigentlich,
136		dass wir gerne noch ein Kind mit Down-Syndrom aufnehmen wollten, weil
137		wir halt durch die Down-Syndrom-Gruppe oder durch die Therapien viele
138		Menschen mit Down-Syndrom kennen gelernt haben, die uns unheimlich gut
139		gefielen und wir dachten, ja so ein Mädels hätten wir gerne noch. Ja.
140	<b>I:</b>	Ganz anders als bei dem Pflegesohn, aber aus dieser Geschichte heraus.
141	<b>B:</b>	Ja, genau.
142	<b>I:</b>	Können Sie sich noch an die erste Begegnung mit Ihrem Pflegesohn erinnern
143		und mir davon erzählen?
144	<b>B:</b>	Ja, auf jeden Fall. Das war im Krankenhaus in der Kinderklinik und wir waren
145		da hinter der Scheibe und da wurde er uns so hochgehalten von der
146		Krankenschwester und wie die Augen uns so angeblitzt haben, da war es klar,
147		dass das unser Kind ist. Das war eigentlich vom ersten Augenblick an klar.
148		Mein Mann und ich wir brauchten da auch gar nicht darüber reden, das war
149		völlig klar. Ja (Lachen), so war das (...).
150	<b>I:</b>	Wie haben sich Ihre Emotionen dann weiterentwickelt, als Sie ihn dann auch
151		zu Hause hatten?
152	<b>B:</b>	(kurze Pause) Ganz normal, einfach angenommen und wie gesagt, es stellte
153		sich ja dann heraus, dass er nicht zurück zur leiblichen Familie ging und zu
154		Hause blieb, als bei uns dann blieb und er wurde dann auch direkt von allen

155		Familienmitgliedern akzeptiert und er war ja auch ganz sehr schutzbedürftig
156		und brauchte ganz viel Zuwendung. Und die Kinder (die beiden Söhne) haben
157		da auch nie Eifersucht gezeigt, sondern eigentlich eher ihn in Schutz
158		genommen, weil er einfach so schutzbedürftig war. Das war mit unserer
159		Pflegetochter schon so ein bisschen anders. Der Junge hat schon so einen
160		Extra-Bonus, also auch jetzt noch. Kann man sagen.
161	<b>I:</b>	Und erlebten Sie von Anfang an auch mütterliche Gefühle oder war das etwas,
162		das wachsen musste?
163	<b>B:</b>	Ja, eigentlich von Anfang an. Liebe auf den ersten Blick. Doch.
164	<b>I:</b>	Spielte das Thema Behinderung manchmal bei Ihrem Empfinden eine Rolle?
165	<b>B:</b>	Nein, eigentlich nicht. Das kann ich nicht sagen. Ich habe eigentlich damals gar
166		nicht über die Behinderung nachgedacht. Es ging bei ihm eigentlich eher ums
167		Überleben in dieser Phase. Es war einfach immer nur der Kampf, dass er am
168		Leben bleibt und über die Behinderung, Down-Syndrom und sonstiges hat
169		man eigentlich gar nicht so sehr nachgedacht.
170	<b>I:</b>	Auf das Thema Elternschaft zu kommen? Was verstehen Sie unter
171		Elternschaft? Was bedeutet es für Sie, Eltern zu sein? Mutter zu sein?
172	<b>B:</b>	(Lachen) Das ist ja eine schwere Frage?
173	<b>I:</b>	Ja, gerade wenn wir über Pflegekinder sprechen.
174	<b>B:</b>	Also, ich empfinde da gar keinen Unterschied zwischen meinen leiblichen
175		Kindern und den angenommenen Kindern. Es wird einem ja oft vorgeworfen
176		oder mal erwähnt. Ja, das sind ja nicht deine eigenen Kinder, ja du empfindest
177		ja nicht so für sie. Aber ich, persönlich habe nicht das Gefühl das ich anders
178		für sie empfinde, sondern schon direkt von Anfang an, bei beiden war das so.
179		wie gesagt bei unserem Pflegesohn Liebe auf den ersten Blick und bei dem
180		Mädchen sicher eine andere Begegnung, aber auch direkt ganz klar, dass sie
181		das ist, die in unsere Familie noch hinein gehört. Und sicherlich wächst dann
182		mit der Zeit auch noch was, aber das wächst ja auch bei leiblichen Kindern.
183		Man hat ja zu seinem leiblichen Baby auch ein ganz anderes Verhältnis, als
184		wenn es fünf ist oder dann zehn ist. das ist ja immer eine andere Beziehung
185		die man dann hat. Und so hat sich das auch verändert und entwickelt. Ich
186		fühle mich eigentlich für alle vier als Mutter in gleichem Sinne.
187	<b>I:</b>	Fühlen Sie sich als Mutter und als Eltern? Verlieren dadurch vielleicht sogar
188		die Begriffe Pflegemutter, Pflegeeltern an Bedeutung?
189	<b>B:</b>	Ja, ich sage auch, das ist meine Tochter, das ist mein Sohn. Natürlich, wenn ich
190		mich bei irgendwelchen Ämtern melde oder bei der Krankenkasse und dann
191		eben mit dem anderen Namen oder so, dann wissen die natürlich schon, dass
192		das meine Pflegetochter ist. für solche Sachen. Aber ansonsten tue ich das
193		gerne auch gar nicht erwähnen, dass das Pflegekinder sind.
194	<b>I:</b>	Und Ihre Pflegetochter nennt Sie auch Mama und Papa?
195	<b>B:</b>	Ja, und für sie sind wir auch ganz klar Mama und Papa. Sie kriegt ja schon am
196		Rande auch immer mit, dass sie ja irgendwie später zu uns gekommen ist und
197		auch, dass sie wohl nicht bei mir im Bauch war, aber das verdrängt sie auch
198		super gerne. Manchmal war so eine Phase, da sagte sie, wenn sie mal wütend
199		war, dass ich ja gar nicht ihre Mama wäre. Aber grundsätzlich hat sie ja gar
200		keine Vorstellung über eine andere Mutter. Oder fragt da auch gar nicht groß
201		nach. Aber das mag ja vielleicht auch mit der geistigen Behinderung
202		zusammen hängen. Dass sie das gar nicht klar sehen kann, was ist da jetzt der
203		Unterschied.
204	<b>I:</b>	Ja, manchmal scheint das ja so zu sein, das eine geistige Behinderung da wie
205		ein Schutz ist, dass ein Kind da mit einer Geschichte klar kommen kann-
206	<b>B:</b>	Ja genau.

207 208	<b>I:</b>	Bei Ihrem Pflegesohn ist das sicher noch einmal anders gelagert. Kann er das artikulieren? Mama, Papa?
209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220	<b>B:</b>	Ein bisschen Papa, Mama eher weniger. Aber so, dass er das so genau zu uns sagt, das kann man nicht sagen. Das was er sagen kann ist der Name von unserem Therapiehund, das konnte er von Anfang an (Lachen), das ist ganz interessant (Lachen). Und dass er ganz klar (...) ich glaube eigentlich, dass er das konnte, weil er ja gewisse Worte sagen kann. Und das braucht er nicht und gebärdet das auch nicht. Während er andere Zeichen schon auch ja gebärdet. Obwohl wir ihm ja auch versucht haben, die Gebärde für Mama und Papa zu sagen. Und manchmal, wenn er mal irgendwas ganz dringend braucht, dann bemüht er sich schon, das Wort heraus zu pressen. Aber so, dass er das so dauerhaft sagt, wie unsere Pflege Tochter, nein. Aber ich denke, das hat nichts damit zu tun, das wir Pflegeeltern sind oder so, sondern das würde er so auch nicht zu seinen leiblichen Eltern sagen.
221 222	<b>I:</b>	Jetzt von der Seite Ihrer Pflege Tochter aus, was denken Sie, welche Bindung hat sie zu Ihnen? Gibt es da Einschränkungen? Annäherungsprobleme?
223 224 225 226 227 228 229 230	<b>B:</b>	Sicherlich war es am Anfang, sie war ja schon vier, als sie kam. Schon schwierig, was heißt schwierig (...) einfach anders. Klar, wenn man ein Kind als Baby zu sich nimmt und es dann bei einem aufwächst. Sie hatte ja damals auch noch Erinnerung, von da wo sie war. Aber die sind jetzt auch komplett weg. Und klar, man musste sich aneinander gewöhnen, aber sie hat das sehr schnell genossen und aufgenommen und hat direkt von Anfang an Mama und Papa gesagt. Also, das war das erste eigentlich, was sie gesagt hat, sie hat ja im Heimbereich noch nicht gesprochen.
231 232 232 233 234	<b>I:</b>	Ich möchte nochmal auf den Status des Pflege Kindes eingehen, das ist ja vom Jugendamt ganz klar umschrieben als vorübergehende Lösung und Rückführung ist ja immer das Ziel. Haben Sie sich denn schon einmal darüber Gedanken gemacht, was es bedeutet, sich emotional an ein Kind zu binden, dass auch jederzeit wieder gehen könnte
235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252	<b>B:</b>	Also, das war uns schon klar, dass es sowas gibt. Wir haben ja auch schon, bevor sie zu uns kam auch schon in der Bereitschaftspflege gearbeitet und hatten fünf verschiedene Kinder die monateweise bei uns gelebt haben. Wo auch ganz klar war, dass sie auch wieder zurückgehen und nach diesen drei Jahren haben wir ganz klar entschieden, dass wir das nicht mehr leisten können und wollen. Diese ständigen Trennungen und das wir dann eben noch ein Dauerpflege Kind, wie sie aufnehmen. Das war schon für uns klar, dass das auf jeden Fall ein Kind ist, das dauerhaft bei uns bleibt. Bei unserem Pflegesohn waren wir ja erst offen und haben dann gesagt, okay das machen wir jetzt erst einmal eine Zeit und dann schauen wir. Und dann war aber auch für uns klar, dass er bleibt und das er dann auch für immer bei uns bleiben sollte. Aber auch auf Grund der Behinderung war eigentlich auch klar, dass es keine anderen Möglichkeiten gab für ihn in eine andere Familie zu wechseln oder so. Und bei ihr war das eigentlich auch sehr sicher, weil die Mutter sich eigentlich in den ersten vier Jahren im Heim gekümmert hat. Wir haben auch jetzt keinerlei Besuchskontakte. Der Vater ist jetzt wieder ins Ausland abgeschoben wurden und somit war das eine sehr sichere Inpflegenahme. Das war uns aber auch sehr wichtig.
253	<b>I:</b>	Gab es im Laufe der Jahre Krisen?
254	<b>B:</b>	Meinen Sie jetzt gesundheitliche?
255	<b>I:</b>	Ja, egal welcher Art.
256 257	<b>B:</b>	Ja, das hauptsächlich waren gesundheitliche Krisen von unserem Pflegesohn, also, dass er um sein Leben kämpfte, muss man sagen. Und das war sehr viel

258		Krankenhausaufenthalt und hing sehr oft am seidenen Faden und natürlich
259		dann auch Erschöpfung von uns, von Familienmitgliedern, von mir. Das gab
260		schon auch schwierige Zeiten. Also in letzter Zeit läuft das alles sehr gut. Vor
261		zwei Jahren hatte er noch einmal eine ziemlich starke Krankheit, wo es
262		wieder sehr schlecht aussah. Mit der Hydrozephalus-Ableitung das war alles
263		nicht mehr in Ordnung. Das hat er aber ganz gut überwunden. Ja, das waren
264		eigentlich die Krisen. Und bei unserer Pflege Tochter, da muss man sagen ist
265		sie eigentlich sehr sehr fit. Das waren eher Krisen in Form von
266		Verhaltensauffälligkeiten. Sie war schon, als sie noch jünger war recht
267		aggressiv, also anderen Kindern gegenüber. Was auch sicher an mangelnder
268		Sprache zusammenhing. Weil sie ja damals noch nicht sprechen konnte und
269		sich unverstanden fühlte. Vielleicht auch aus dem Heimkontext. Andere
270		Kinder, ich sage mal gesunde Kinder, die vier Jahre im Heim aufgewachsen
271		sind, denen wird immer so sehr viel zugerechnet, ja das kommt alles daher.
272		Keine Bindung dann und dann und so weiter. Und bei ihr wird alles nur auf
273		die Behinderung geschoben, aber das sie das gleiche ja auch mitgemacht hat,
274		mit dieser Bindungslosigkeit in den ersten vier Jahren, mit dem wechselnden
275		Personal, das ist einfach. Klar, waren da alle auch sehr bemüht, aber da kann
276		man auch nichts machen, wenn die eine schwanger wird und die andere
277		wegzieht und so weiter und so fort. Und so war sie auch immer wieder
278		verlassen. Und da hat sie natürlich so einiges mitgemacht und am Anfang war
279		das schon schwierig mit ihr. Weglauftendenzen, superstarke Weglauftendenz.
280		Das waren so die Krisen mit ihr
281	<b>I:</b>	Gab es daraus resultierend auch mal Überlegungen, eine der beiden
282		Pflegschaft zu beenden?
283	<b>B:</b>	Nein, das auf gar keinen Fall. Das, was wir immer weiter aufgebaut haben, war
284		ein Hilfenetz. So dass man schon gemerkt hat, ich muss mehr Hilfe suchen und
285		so weiter. Und ich muss selber sagen, dass wir das mit unserem Pflegesohn
286		eigentlich noch zu spät begonnen haben. Also Kurzzeitpflege und sowas, weil
287		man meinte dass man das alleine schafft. Und da hätte das Jugendamt auch
288		mehr Beratung geben können und manches abwenden können, oder auch von
289		den Krankenkassen. Das muss man sich ja alles selber zusammen suchen und
290		dann steht man so als Bittsteller da. Und dann macht man das natürlich am
291		Anfang nicht. Jetzt nutzen wir für beide Kinder die Kurzzeitpflege und
292		Behinderungspflege für beide Kinder komplett aus und haben unseren
293		Familienentlastenden Dienst und haben auch kein schlechtes Gewissen, wenn
294		wir dann mal ein Wochenende ohne die Kinder verbringen. Aber da muss
295		man auch erst einmal hinkommen. Ich denke junge Familien mit jungen
296		Kindern sollten den Weg was schneller schaffen und beim Jugendamt ist dann
297		ja eher, ja sie haben sich das ja selber ausgesucht. Aber das da auch mal die
298		Kräfte zu Ende sind (...).
299	<b>I:</b>	Das ist ja auch irgendwie das Dilemma, ich glaube ja auch von der
300		Gesellschaft, oder auch Menschen die man kennt spiegeln einem ja vielleicht
301		auch, dass man sich ja genau die Situation ausgesucht hat. Und wenn man
302		dann Hilfe einfordert ist das dann ein Zweispalt.
303	<b>B:</b>	Genau. Genau. Das sehe ich auch so. Also, da darf man dann nicht jammern
304		oder stöhnen. Man hat es sich ja selber ausgesucht. Und dann darf man ja auch
305		keine Hilfe nehmen.
306	<b>I:</b>	Ich glaube, da muss man dann auch erst dahin kommen und jungen Familien
307		die Empfehlung geben, die Zeit zu nutzen und auch sich einzugestehen, dass
308		Verhinderungspflege eben einfach auch dafür da ist, das man mal Zeit für sich
309		hat ohne dass man eigene Termine hat, sondern auch das es einem zusteht.
310	<b>B:</b>	Ja, genau. Genau.

311	<b>I:</b>	Sie haben ja auch eigene Erschöpfungszustände so am Rand angeschnitten.
312		Das ist sicher auch nicht verwunderlich. Aber ich denke, dass Dilemma ist
313		tatsächlich da, dass man sich immer wieder rechtfertigen muss, denn man hat
314		ja etwas freiwillig gemacht. Und ich denke da, was Kuren angeht und so
315		weiter, das sind ja Dinge, die man sich ja auch sehr hart erkämpfen muss im
316		Unterstützungssystem.
317	<b>B:</b>	Ja genau. Das ist es. Das muss man schonen und ja, es geht, aber es ist halt
318		immer ein Kampf. Aber ich denke da haben auch, mit leiblichen behinderten
319		Kindern, die haben auch die Familien die gleichen Probleme, also das man um
320		alles immer so kämpfen muss. Das ist schon ein Problem. Für Kuren und
321		Erholung und so weiter und so fort. Tja. Aber jetzt läuft es. (lacht)
322	<b>I:</b>	Sie sind ja auch schon ein alter Hase mittlerweile. Sie haben ja schon viele
323		Erfahrungen machen können.
324	<b>B:</b>	(lacht) Und wie gesagt, man muss es dann auch selber wollen. Man muss über
325		den Schatten springen und sagen, ja das steht mir zu und das ist gut für uns
326		als Familie. Also, wenn ich fit bin, sind die Kinder auch fitter und es geht ihnen
327		auch besser. Aber da muss man erstmal hinkommen. Und sich dann auch
328		nicht als Rabenmutter fühlen, wenn man das Kind dann in die Kurzzeitpflege
329		abgibt. Ich höre noch von vielen, die sich da extrem schwer tun. Die das nicht
330		nutzen und das nicht machen, weil sie meinen, ihrem Kind geht es da nicht gut
331		genug. Und wie sieht es nach außen aus und so weiter und so fort.
332	<b>I:</b>	Und gerade dieses Bild nach außen ist ja doch immer ein sehr präsent und
333		auch noch, wenn es sich dann um Pflegekinder handelt erst recht.
334	<b>B:</b>	Ja, da ist man noch mehr im Fokus. Das muss man schon sagen. Also absolut.
335		Und andererseits auch so Sprüche, dass man sich ja mit den Kindern nur das
336		Haus finanziert und sich daran bereichert an diesem immens hohen
337		Pflegegeld (wird lauter und lacht laut). Diesem Stundenlohn von sonst was
338		Stunden am Tag (lacht), ja genau. Und wenn ich dann gesagt habe, ja dann
339		macht das doch selber, es gibt noch genügend Kinder, die Familien suchen,
340		dann (Pause) haben sie sich das dann doch mal ausgerechnet und gedacht,
341		hupps ...
342	<b>I:</b>	Aber das sind ja immer auch die gängigen Argumente ...
343	<b>B:</b>	Ja genau.
344	<b>I:</b>	Und das man für das Kind auch nichts empfindet, denn das ist ja nur das
345		Pflegekind.
346	<b>B:</b>	Ganz genau, das sind die Sätze, die Pflegeeltern oft zu hören bekommen. Ja, das
347		war auch, wir wurden auch ziemlich komisch angeguckt, als wir das weitere
348		Pflegekind aufgenommen haben. Und dann auch so nach dem Motto, ach so
349		jetzt holen die sich ein fitteres Pflegekind, dann geben sie das andere
350		bestimmt bald ab. So nach dem Motto, dann tauschen wir mal (wird lauter)
351		gegen eine bessere Qualifikation oder sowas. Also, solche Sprüche kamen
352		dann auch, also wann zieht den das erste Pflegekind aus. Wieso soll der den
353		jetzt ausziehen, wo sie doch jetzt einzieht. Also solche Ideen kommen dann
354		auch.
355	<b>I:</b>	Wahnsinn. Man glaubt das manchmal nicht.
356	<b>B:</b>	Ja, ist es, ist es. Ja.
357	<b>I:</b>	Spielt das Thema, also das beide Kinder Pflegekinder sind, spielt das täglich
358		eine Rolle? Und ist das eher etwas, das eigentlich in den Hintergrund gerückt
359		ist?
360	<b>B:</b>	Also, das spielt eigentlich gar keine Rolle. Also, dass sie Pflegekinder sind. Das
361		spielt im normalen Alltag keine Rolle. Nein.
362	<b>I:</b>	Und das Thema Behinderung?

363	<b>B:</b>	Das spielt auf jeden Fall sicherlich immer eine Rolle. Also ich finde fast, dass
364		es bei ihm eine weniger starke Rolle spielt, obwohl er ja stärker behindert ist,
365		ist es aber so, dass er ja in seiner Welt lebt und man zwar die Pflege macht
366		und so alles und er ist gut zufrieden in seiner Welt. Er ist gut in der Schule
367		aufgehoben und hier zu Hause und alles und klar, er hat auch so keine
368		Freunde, aber ich glaube er vermisst sie auch nicht. Also wir sind ihm als
369		Familie und so mit der Schule genug. Und bei unserer Pflege Tochter, da spielt
370		der Bereich Behinderung eine viel größere Rolle. Weil sie sehr grenzlastig ist.
371		sie ist ein sehr fittes Downkind und wir haben sehr viele Schwierigkeiten in
372		puncto Integration. Also im Sportverein und mit Nachbarschaftskindern, das
373		ist ein Drama. Und ähm, Freundinnen hat sie nicht, außer auch wieder in der
374		Schule, also behinderte Freundinnen, die aber leider durch den großen
375		Einzugsbereich dieser Schule extrem weit weg wohnen, so dass es also nicht
376		dieses übliche ist, ich gehe Nachmittag mal da und da hin. Und wie gesagt,
377		beim Sport, dass sie nicht alleine zum DLRG-Schwimmen gehen kann oder
378		zum Basketball nicht und das sie viele Dinge dann eben nie alleine machen
379		kann, auf Grund ihrer Behinderung. Und mittlerweile hat sie sich auch damit
380		abgefunden, dass die Nachbarschaftskinder jetzt auch nichts mit ihr zu tun
381		haben wollen. Und wir haben eigentlich ein recht stetiges Nachmittags-
382		programm, so dass jeden Nachmittag was los ist bei uns, so mit Therapien und
383		Sport und so weiter oder das dann auch mal ein Kindermädchen kommt und
384		was macht. Und das ist eigentlich der Ausgleich für Freundschaften. Und
385		deswegen ist uns auch mit die Idee entstanden, eben auch noch ein drittes
386		Kind aufzunehmen, im Alter von unserer Pflege Tochter, also ein bisschen
387		jünger natürlich. Es muss ja das jüngste Kind definitiv bleiben, aber so dass
388		sie dann auch noch einen Ansprechpartner hat, irgendwie. Also, das einfach
389		noch jemand da ist, auch für die Zukunft, wenn sie jetzt älter wird, vielleicht
390		können sie ja dann mal zusammen eine Wohngemeinschaft gründen oder
391		irgendwie so. das einfach dann eine Schwester mit da ist. Das eben noch eine
392		feste Bezugsperson da ist.
393		Denn mit unserem Pflegesohn, sicher hat sie mit ihm ein gutes Verhältnis und
394		so, weil der ist ja auch ganz wichtig, ihr Bruder. Aber im Prinzip können die
395		beiden nicht so richtig viel miteinander anfangen. Mal hören sie ein bisschen
396		Musik zusammen und tanzen ein bisschen und so weiter, aber ansonsten mit
397		ihm kann sie keinen Sport machen, kein Brettspiel machen oder so. sie klaffen
398		einfach zu weit auseinander. (Pause)
399	<b>I:</b>	Er hat einfach einen ganz anderen Hilfebedarf.
400	<b>B:</b>	Ja. Genau. Ja.
401	<b>I:</b>	Spannend.
402	<b>B:</b>	Ja (lacht).
403	<b>I:</b>	Jetzt weiß ich gar nicht, in wie weit wir schon auf die erste Begegnung mit Ihrer
404		Pflege Tochter eingegangen sind?
405	<b>B:</b>	Nein, haben wir noch gar nicht gesagt. Genau.
406	<b>I:</b>	Vielleicht können wir noch einmal zurückkehren dahin.
407	<b>B:</b>	Ja, mit ihr das war witzig irgendwie. Es ging über die Down-Syndrom-
408		Mailingliste, das ich halt danach gefragt hatte, ob jemand von dieser
409		deutschlandweiten Liste etwas von einem Mädchen mit Down Syndrom weiß,
410		das noch Pflegeeltern sucht und daraufhin hat sich dann eine Frau bei mir
411		gemeldet, sie witziger Weise auch gerade aus diesem Pflegeheim ein anderes
412		Pflegekind aufgenommen hat. Hat aber selber ein Kind mit Down Syndrom zu
413		Hause und ist deswegen in dieser Liste gewesen. Und die hat uns dann von ihr
414		erzählt, also da war mir auch direkt schon klar, dass sie es ist. da war ich auch
415		irgendwie ganz gelassen. Und nach der ersten Begegnung auch, obwohl sie

416		sich nicht gerade (lacht) rühmlich toll vorstellt hat. Sie war da sehr mürrisch
417		und schlecht gelaunt mit runter gezogenen Mundwinkeln und in die letzte
418		Ecke des Raumes sich verkrochen hat. Nein. Also, das war sie einfach, das war
419		klar (lacht).
420	<b>I:</b>	Spannende Begegnung (lacht).
421	<b>B:</b>	Ja (lacht) genau.
422	<b>I:</b>	Es ist ja sehr schön, dass Sie da auch so beschreiben, das einfach so eine
423		Gelassenheit zu entwickeln, weil man sich einfach so sicher ist. Dass das
424		einfach so klar war diese Entscheidung und dann ist das so. damit sie auch
425		ganz sanft reingleiten kann in die Situation, ohne aufgeregt zu sein, weil man
426		ja einfach auch diese Entscheidung schon getroffen hat. Das ist interessant,
427		dass das in Gesprächen so immer wieder kommt.
428	<b>B:</b>	Ja, interessant (lacht)
429	<b>I:</b>	Ich denke, dass wir schon vieles jetzt angesprochen haben. Ich weiß nicht,
430		was es von Ihrer Seite noch gibt.
431	<b>B:</b>	Ich wüsste jetzt nicht so auf Anhieb.
432	<b>I:</b>	Spannend ist einfach immer, dass das Thema Eltern sein ja von außen immer
433		so abgegrenzt wird. Ja richtige Eltern. Wir haben ja ganz oft so die Aussage
434		richtige Eltern und was sind die anderen dann? Falsche Eltern? Obwohl das
435		bei Pflegeeltern keine Rolle spielt wird dann dieses Thema von außen immer
436		wieder hoch gezogen.
437	<b>B:</b>	Ja, das stimmt.
438	<b>I:</b>	Und wie hat sich da die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt gestaltet?
439	<b>B:</b>	Also bei ihm (dem Pflegesohn), lief das sehr gut. Eigentlich. Aber klar, man
440		wird immer wieder darauf gestoßen, dass man Pflegeeltern ist. Und schon
441		alleine durch diesen vielen Gespräche und Vormund und Hilfeplangespräch
442		und so weiter und so fort ist das schon so gewesen. Aber bei ihm war es schon
443		so, dass sie sehr froh waren, dass wir ihn aufgenommen haben und dass, wie
444		soll ich sagen, dass sie uns sehr viel freie Hand ließen und wir alles so
445		gestalten konnten, wir uns das vorgestellt haben mit ihm. Auch medizinisch.
446		Also, es war eher so, wie soll ich sagen, dass sie selber, naja überfordert will
447		ich jetzt nicht sagen, aber so eine Situation hatten sie jetzt auch noch nicht,
448		dass sie ein dermaßen schwerbehindertes Kind hatten, aus dieser Situation
449		heraus auch noch mit den Eltern weiter im Gespräch zu sein. Was wird das
450		jetzt überhaupt. Geht er jetzt wieder zurück und wie geht man jetzt damit um,
451		nach dieser Sache. Während das mit ihr (der Pflegetochter), da war alles
452		schon sehr viel klarer. Aber da waren wir ja dann schon etwas trainierter,
453		einerseits durch ihn (den Pflegesohn) und dann auch durch die
454		Bereitschaftspflege. Da hatten wir ja dann auch schon Zusatzausbildungen,
455		Supervisionen und all sowas. Da wussten wir ganz genau, wie so ein
456		Jugendamt tickt. Und dann hatten wir dann natürlich auch dadurch wieder
457		den Vorteil, den Bonus, dass die, die dann zum Hausbesuch kamen, dann
458		eigentlich meine Kolleginnen waren, mit denen ich vorher auf einer Ebene
459		gearbeitet hatte als Bereitschaftspflege. Und deswegen hatte ich schon das
460		Gefühl, dass das alles ganz gut anerkannt wurde. Ich habe aber auch von
461		vielen anderen Situationen gehört. Das da viel über die Köpfe der Pflegeeltern
462		entschieden wird und das das, was die Pflegeeltern dann sagen, gar nicht so
463		ernst genommen wird, weil das nicht so wichtig ist oder wie auch immer.
464		Also, wir können uns da eigentlich nicht beschweren. (Pause)
465	<b>I:</b>	Noch eine abschließende Frage zu den leiblichen Eltern. Welche Rolle spielen
466		die leiblichen Eltern?
467	<b>B:</b>	Also, bei beiden Kindern eigentlich überhaupt keine Rolle mehr. Von ihm



468		(dem Pflegesohn) die Mutter ist ja schon gestorben und der Vater hat sich
469		jetzt, ich glaube seit zehn Jahren, wann war das, das letzte gemeldet. Also vor
470		zehn Jahren hat er gesagt, dass er jetzt nicht mehr kommen würde. Das hat
471		aber auch mit dem Tod seiner Frau zu tun gehabt. Das würde er jetzt nicht
472		mehr übers Herz bringen und er würde jetzt nicht mehr kommen und seitdem
473		haben wir auch keinerlei Kontakt. Und mit den Eltern von ihr (der
474		Pflegetochter), der Vater, der ist ja eh abgeschoben. Ich glaube der hat sie
475		tatsächlich nie gesehen. Und die Mutter, zu der haben wir keinerlei Kontakt.
476		Gar nichts. Also, wir hätten nichts dagegen, also auch gerade wo wir sie
477		damals übernommen haben. Sie ist auch nicht zur Verhandlung gekommen,
478		wo entschieden wurde dass sie aus dem Heim zu Pflegeeltern kommt. Da
479		wurde sie ja auch zur Verhandlung vorgeladen. Nein, sie hat sich nie blicken
480		lassen. Gar keine Kontakte.
481	<b>I:</b>	Und aus der Sicht Ihrer Pflegetochter? Denken Sie, dass die leibliche Mutter
482		vielleicht eine Rolle spielen würde?
483	<b>B:</b>	Also erstens kennt sie sie ja überhaupt nicht. Das war halt eine Frau, die zwei
484		drei Mal zu Besuch im Kinderheim war und das war es für ein paar Stunden
485		und also spielt es keine Rolle, es ist ja keine Beziehung entstanden. Ich hätte
486		eigentlich nichts dagegen, Kontakt zu leiblichen Eltern zu haben oder auch,
487		dass sie den Kontakt hat, ich sage mir, jeder positive Kontakt, jeder Mensch
488		der sie liebt ist gut für sie. Also warum soll es nicht mehr Menschen geben, die
489		Interesse an ihr haben und ihr positives Fortkommen wünschen. Aber es ist
490		halt nicht so entstanden. (Pause)
491	<b>I:</b>	Möchten Sie denn jetzt noch etwas ergänzen?
492	<b>B:</b>	Nein, wüsste ich nicht.
493	<b>I:</b>	Dann danke ich Ihnen für das Gespräch.
494	<b>B:</b>	Gut (lacht).

## Transkribiertes Interview 5: Familie E.

01	<b>I:</b>	Dann begrüße ich Sie nochmal ganz herzlich.
02		Waren Sie Pflegemutter oder sind Sie aktuell Pflegemutter?
03	<b>B:</b>	Wir haben vorher noch keine Pflegekinder in der Familie gehabt. Erst seit
04		2001. Das erste Pflegekind.
05	<b>I:</b>	Wie alt waren Sie denn damals?
06	<b>B:</b>	Damals war ich 38 Jahre, wenn ich das jetzt so rechne.
07	<b>I:</b>	Wie alt war Ihr Partner?
08	<b>B:</b>	Der war 39.
09	<b>I:</b>	Arbeiten Sie und wieviel Wochenstunden arbeitet Ihr Partner?
10	<b>B:</b>	Ich bin gar nicht berufstätig. Mein Mann ist berufstätig.
11	<b>I:</b>	Und nun zu den Pflegekindern. Sie haben ja zwei Pflegekinder derzeit in
12		Pflege. Da können Sie ja jeweils hintereinander antworten. In Ordnung?
13	<b>B:</b>	Ja.
14	<b>I:</b>	Wie alt waren denn die Kinder zum Zeitpunkt der Aufnahme?
15	<b>B:</b>	Der Junge war 13 Monate und das Mädchen war fünfeinhalb. (Pause)
16	<b>I:</b>	Vielleicht können wir kurz ergänzen, wie alt die Kinder jetzt sind.
17	<b>B:</b>	Das Mädchen ist zehneinhalb und der Junge ist vierzehneinhalb.
18	<b>I:</b>	Jetzt kommen ein paar Fragen zur Pflegefamilie.
19		Welchen Familienstand hatten Sie zum Zeitpunkt der Inpflegenahme?
20	<b>B:</b>	Verheiratet.
21	<b>I:</b>	Hat sich der Familienstand seit dem verändert?
22	<b>B:</b>	Nein. (lacht)
23	<b>I:</b>	Dann würde mich interessieren, ob noch weitere Kinder in der Familie leben
24		oder noch zur Familie gehören.
25	<b>B:</b>	Ja, es gibt noch zwei leibliche Jungs. Der eine wird 25, der lebt nicht mehr in
26		der Familie und der andere ist 21, der lebt noch bei uns, der ist noch in der
27		Ausbildung.
28	<b>I:</b>	Also haben die beiden das alles damals schon sehr bewusst mitbekommen.
29	<b>B:</b>	Ja, das haben sie. Und auch mit einverstanden erklärt haben sie sich. Das ist ja
30		wichtig, wenn da so in die Pubertät gehende Kinder, die müssen schon mit
31		uns da an einem Strang ziehen. Nein, das ist immer wichtig.
32	<b>I:</b>	Gabe es denn in der Zwischenzeit noch weitere Anfragen Pflegekinder
33		aufzunehmen?
34	<b>B:</b>	Wir hatten von dem Mädchen die Schwester für zwei Jahre. Also auch von
35		2009 bis 2011. Dann mussten wir sie leider abgeben.
36	<b>I:</b>	Wie alt war denn die Schwester damals?
37	<b>B:</b>	Als sie kam etwa sieben.
38	<b>I:</b>	Von wem ist denn damals der Wunsch ausgegangen oder auch das Interesse,
39		ein Pflegekind in die Familie aufzunehmen. Wie haben Sie davon gewusst?
40		Wie haben Sie was davon in Erfahrung bringen können?
41	<b>B:</b>	Wir haben jahrelang noch woanders gewohnt und wir haben da Freunde
42		gehabt, wo der Freund beim Jugendamt gearbeitet hat und die haben selber
43		Pflegekinder aufgenommen. Diese Geschichte haben wir uns angeguckt und es
44		war einfach nur toll, was sie da abgeleistet haben. Einfach nur toll. Und dann
45		habe ich zuerst für mich überlegt, ob dies vielleicht auch eine Aufgabe für
46		mich ist. weil ich wollte irgendwas machen, ich wollte aber auch zu Hause
47		bleiben bei meinen Kindern, während die in der Schule sind. Das war einfach
48		so für mich das Ding, dass ich zu Hause bleiben wollte und ich wollte früher
49		auch schon immer mit Kindern arbeiten. Eigentlich wollte ich dann auch

50		einmal Kindergärtnerin werden, aber ich war nicht so gut in der Schule. Und
51		da kam alles andere dann dazwischen. Wir haben uns das lange angeguckt
52		und wir haben dann auch mit dem befreundeten Paar dann viel
53		unternommen. Das machen wir auch heute noch. Und dann haben mein Mann
54		und ich uns dann hingesetzt und gesprochen, ob das nicht vielleicht auch
55		etwas für uns wäre. Ja, so sind wir da eigentlich ran gekommen. Dann haben
56		wir uns beim Jugendamt in X beworben, weil wir dachten, vielleicht kommen
57		wir da ein bisschen schneller dran. Und es war einfach toll, wieder so ein ganz
58		kleines zu haben, aber nicht ganz von vorne wieder anzufangen. Kindern zu
59		helfen, die vernachlässigt wurden. Der Junge kam aus einer Einrichtung, war
60		schon von zu Hause weg gewesen. Wir wollten einfach nur Kindern helfen,
61		mit Kindern arbeiten.
62	<b>I:</b>	Da haben Sie meine Frage nach der Motivation auch schon mit beantwortet.
63	<b>B:</b>	Ja.
64	<b>I:</b>	Entsprach die Aufnahme eines Pflegekindes damals Ihren persönlichen
65		Lebensentwürfen?
66	<b>B:</b>	Ja. Ja, definitiv. Wir standen mitten im Leben. Mit den Kindern, unseren
67		leiblichen Kindern klappte das alles gut. Die waren alle einverstanden damit.
68		Noch ein Geschwisterkind aufzunehmen. Sind auch immer mit bei der
69		Anbahnung dabei gewesen, größtenteils. Und fanden das alles einfach toll.
70		Doch, entsprach also ganz unseren Vorstellungen.
71	<b>I:</b>	Wussten Sie zum Zeitpunkt der Inpflegenahme, dass das Kind eine
72		Behinderung hat? Dass sie eine Beeinträchtigung haben?
73	<b>B:</b>	Das hat man uns schon mit auf den Weg gegeben (bei dem Jungen), dass eine
74		Beeinträchtigung sein kann. Aber was letztendlich da raus kommt, das hat
75		keiner gewusst und da hat uns auch nicht jemand darauf vorbereitet. Wobei
76		man bei dem Mädchen uns schon darauf vorbereitet hat, dass wohl eine
77		geistige Behinderung da ist. also bei ihr ist es schon bewusst passiert. Doch.
78		Doch. Nun man konnte natürlich nicht sehen, wie weit das denn ausgeprägt
79		ist alles. Und wie weit denn eine Schädigung stattgefunden hat, ob nun
80		geistige Behinderung oder auch Vernachlässigung oder Missbrauch. Alles
81		haben wir nicht gewusst, aber die geistige Behinderung haben wir gesehen.
82		Wogegen wir das bei dem Jungen erst im Nachhinein mitbekommen haben. In
83		Kombination mit ADHS und FAS.
84	<b>I:</b>	Was wussten Sie denn genau über die Kinder, bevor Sie sie aufgenommen
85		haben? Was war bekannt?
86	<b>B:</b>	Also Krankheitsmäßig war uns bekannt. Bei dem Jungen, der hat eine
87		chronische Bronchitis gehabt. Der war ständig erkältet. War ständig am
88		Inhaliergerät. Sein Körpertonus war nicht in Ordnung. Er wurde
89		vernachlässigt. Er war nicht richtig ernährt. Zuhause, in den acht Monaten wo
90		er da war. Er war danach im Kinderschutzhaus. Dann hat sich das alles ein
91		bisschen reguliert. Nichtsdestotrotz haben wir ein vertrotztes Kind
92		mitbekommen. Sämtliche Arztbesuchen standen dann an. Wobei wir dann
93		trotzdem lange nicht mitbekommen haben, dass da irgendwelche
94		Beeinträchtigungen sind. Also er lief eigentlich die halbe Kindergartenzeit als
95		ziemlich normales Kind. In unseren Augen aber auch in den Augen der
96		Kindergärtner. Da hat man auch nichts wirklich von der Behinderung
97		festgestellt, auch nicht von dem FAS. Das kam dann erst später. Das haben wir
98		dann 2008 testen lassen kurz vor der Schule. Und als er dann gar nicht mehr
99		zu handeln war, weder in der Schule, noch im Hort. Er ist eingeschult wurden
100		und dann wurde es schwierig. dann hat er abgeblockt, dann hat er
101		Wutausbrüche bekommen. Dann haben wir ihn testen lassen und dann hat
102		man festgestellt, dass er auch das FAS hat.

103	<b>I:</b>	Das war dann auch relativ spät.
104	<b>B:</b>	Ja.
105	<b>I:</b>	Und wie war das bei Ihrer Pflegetochter?
106	<b>B:</b>	Bei ihr? Also, wir sind im Pflegeelternverein. In diesem Verein sind noch zwei
107		Pflegefamilien, wo die Geschwisterkinder damals untergebracht waren in der
108		Notaufnahme. Zwei in X und eine in X. also, sie und ihre Schwester, die waren
109		in einer anderen Kurzzeitpflege. Die konnten beide nicht aufnehmen und da
110		haben wir gesagt. Das wäre ja noch einmal etwas für uns. Mädels, ich habe mir
111		ja doch noch einmal Mädels gewünscht. Es kamen ja nie Mädels und dann
112		haben wir uns da so ein bisschen mit eingebracht, in die Besuchskontakte
113		auch und geguckt, kommen wir damit klar. Die Schwester war jetzt nicht
114		behindert. Die hatte nur emotionale und soziale Einschränkungen. Und dann
115		haben wir festgestellt, dass sind ganz ruhige Mädels. Die könnten wir zu dem
116		Powerjungen aufnehmen. Das ist der Ausgleich, wenn der so seine
117		Wutausbrüche hat. Ja, wir wussten dass da eine Behinderung ist, eine massive
118		Vernachlässigung ist. Sprachstörung sowieso, sie hat überhaupt gar nicht
119		gesprochen als sie zu uns kam. Sie konnte überhaupt gar keine Worte finden.
120		Sie konnte einfach nicht sprechen. Sie hat eine massive Fehlstellung von
121		Mund und Gebiss. Man hat ihr jetzt gerade zwölf Zähne gezogen. Und sie
122		hatte, wie sie kam, Probleme mit den Ohren. Sie hat in der Kurzzeitpflege eine
123		Brille bekommen. Der Blumenkübel der da stand, so groß war ihrer (lacht).
124		Also ist über alles gefallen und gestolpert. Also es waren schon ganz schöne
125		Einschläge, die sie erfahren hat, wo nicht gehandelt wurden ist, von der Seite
126		der Eltern. Dass man vielleicht mal irgendeinen Arzt aufsucht oder so.
127		geschweige denn auch die Impfungen und alles. Eine Fußfehlstellung hat sie,
128		sie hat eine Trichterbrust und im Gesicht, man sieht ihr das an, dass sie
129		behindert ist und man sieht ihr auch an, wir sind immer noch in der
130		Humangenetik am Testen, wir haben immer noch nicht das Gen gefunden,
131		was auch dafür verantwortlich ist für ihr Aussehen. Denn es ist merkwürdig,
132		es gibt fünf Kinder, einschließlich ihr, und nur die eine sieht anders aus. Alle
133		vier Kinder sehen gleich aus. Die sehen gleich aus, wie die Mutter. Und wir
134		sind wie gesagt immer am Gucken und immer am Testen, am Blut abgeben, ob
135		wir da mal irgendein Gen finden, warum das so ist. natürlich sieht man da die
136		Behinderung. Die sehen alle gleich behindert aus. Und dieses Aussehen ist so
137		merkwürdig, dass sie alle gleich aussehen. Das habe ich so noch nicht
138		gesehen. Das Kinder Ähnlichkeit haben ist ja normal, aber so. und die Mutter
139		sieht genauso aus. Also das kommt von mütterlicherseits. Alkohol ist auch im
140		Spiel. Auch so, dass das über Generationen schon läuft, dass Alkohol im Spiel
141		ist. Und ja, ähm ...
142	<b>I:</b>	Sie haben da ja jetzt schon ganz viele mögliche Ursachen benannt, also auch
143		für die geistige Behinderung. Welche Diagnose hat denn Ihre Pflegetochter
144		genau.
145	<b>B:</b>	Geistige Behinderung, leichte geistige Behinderung und FAS und ADHS. Also,
146		das ist schon mehr, als am Rande der geistigen Behinderung. Und deswegen,
147		wir sind da immer noch am rumdoktern mit allen Geschwisterkindern auch,
148		aber bis dato haben wir den Punkt noch nicht gefunden. (längere Pause)
149	<b>I:</b>	Nun haben Sie ja auch schon erzählt, dass beide Kinder, beide Pflegekinder
150		eine geistige Behinderung haben oder Besonderheiten haben. Welche
151		Motivation hatten Sie, ein Pflegekind mit einer Behinderung aufzunehmen?
152		Oder war Ihnen das zu diesem Zeitpunkt gar nicht bewusst? Oder war Ihnen
153		vielleicht einfach wichtig, ein Kind aufzunehmen. Jedes Kind aufzunehmen,
154		wie es kommt?
155	<b>B:</b>	Bei unserem Jungen ja, da haben wir gar nichts gewusst. (Pause) Nein, bei ihm

156		nein. Da ... nein, da wussten wir nicht, dass er eine Behinderung hat und bei
157		unserem Mädchen wussten wir das schon. Man sah es ihr dann ja auch an.
158		Aber nichtsdestotrotz haben wir gedacht, weil es jetzt auch fünf Kinder waren
159		und zwei, bzw. drei blieben dann in der Notaufnahme. Und wir haben uns ja
160		dann auch entschieden eins aufzunehmen und dann sind das zwei geworden.
161		Einfach auch das Zusammenarbeiten mit den anderen beiden Familien. Da
162		haben wir uns das dann doch zugetraut, mit einer Behinderung. (Pause) Wir
163		kommen mit den anderen Familien sehr gut zurecht und sind heute
164		befreundet, aber wenn man so ganz alleine da steht. Obwohl sie ja sehr ruhig
165		ist und einfach zu händeln ist. also, da gib es weiß Gott andere Kinder. Bei ihr
166		war uns das bewusst.
167	<b>I:</b>	Wie ist der Kontakt der Geschwister untereinander?
168	<b>B:</b>	Super. Wir sehen uns regelmäßig. Einfach auch nur so auf einen Kaffee,
169		einfach so bist du zu Hause, können wir uns einen Kaffee abholen. Einfach
170		dadurch das wir befreundet sind und wir nennen uns eine große Familie. Also
171		daher. Die Kinder tauschen sich aus, wir Erwachsene tauschen uns aus und
172		quatschen, telefonieren, smsen, sitzen abends zusammen. Ja.
173	<b>I:</b>	Und ist den Kindern das bewusst, dass sie Geschwister sind?
174	<b>B:</b>	Die Kinder wissen, dass sie Geschwister sind, ja. Ganz zu Anfang hatten sie
175		auch, also jedes Mal wenn sie sich gesehen haben war dieses Fünferpaket, das
176		war wirklich ein Paket, ein Knäuel. Das war ganz schlimm war das. Aber so
177		mittlerweile haben sie sich entknäuel und jeder lässt auch mal den anderen
178		stehen jetzt mal. Das ist schon eine Besonderheit. Das ist sicherlich auch,
179		wenn ich mich genau darauf verlassen kann, da ist diese Verlässlichkeit. Okay
180		ich kann da hin, wenn ich will. Ich muss aber nicht. Okay ich kann mit denen
181		spielen wenn ich mit da bin, ich muss aber nicht. Das ist eben dieses freiere,
182		als wenn dieser stupide Besuchskontakt stattfindet. Wenn das so nach Tag
183		und Uhrzeit geht. Ne.
184	<b>I:</b>	Kinder können das ja auch spüren, wenn sich die Erwachsenen etwas zu
185		sagen haben, wenn es lockerer ist und nicht weil man sich jetzt treffen muss,
186		weil jetzt im Jugendamt ein Termin vorgesehen ist.
187	<b>B:</b>	Ja, ja. Es ist schon ein ganz anderes Treffen. Doch. (Pause) Das macht Spaß,
188		das Umfeld muss natürlich mitspielen, sonst wenn man alleine da ist, da geht
189		das nicht alles. Das ist schwierig.
190	<b>I:</b>	Und gemeinsam kann man Dinge ja auch ganz anders tragen, zumal ja
191		wahrscheinlich auch alle Kinder von der FAS Diagnose betroffen sind.
192	<b>B:</b>	Ja, ja. (Pause) Hier ist ein Foto aus dem Jahr 2009 (B sucht ein Foto heraus
193		und zeigt es I).
194	<b>I:</b>	Und seitdem sind Sie ja bestimmt auch mit den anderen Familien verbunden?
195	<b>B:</b>	Ja, die sind alle ja 2008 alle aus der Familie heraus gekommen und dann in die
196		Notaufnahmen aufgeteilt und dann 2009 sind sie dann in die Familien
197		gekommen. (Pause B zeigt ein Foto) Und alle haben ganz ganz viel Ähnlichkeit
198		mit der Mutter, das ist jetzt noch ausgeprägter. (Pause) Also, sie sehen sich
199		alle super super ähnlich und das wird immer schlimmer und alle zur Mutter
200		hin auch. Alle diese eingefallenen Augen. Bis eben die eine, dass passt gar
201		nicht, wir können uns das fast nicht erklären, obwohl sie auch massive sozial
202		emotionale Störungen hat. Massive, aber wer weiß, wo die herkommen ist.
203		Also vom Aussehen her gehört die gar nicht dazu.
204	<b>I:</b>	Aber das ist auch spannend, wie Sie da gemeinsam überlegen und forschen,
205		wo da was herkommt.
206	<b>B:</b>	Naja, wir haben jetzt noch gar nicht geforscht. Das haben wir den Eltern noch
207		gar nicht gesagt, was wir vermuten. Nein, das machen wir auch besser nicht.

208		Nein, wir lassen die jetzt einfach mal in dem Glauben, dann ist das aber auch
209		gut. Aber es kann anders auch nicht angehen. Sie (die Schwester) hatte auch
210		ganz andere Fertigkeiten, Fähigkeiten. Ja.
211	<b>I:</b>	Ja, was waren denn dann die Gründe dafür, dass Sie sie dann wieder
212		abgegeben haben?
213	<b>B:</b>	Die Gründe waren, ja sie hat eigentlich ständig geklaut, womit ich ja noch
214		leben kann, aber dann waren da noch so ganz viele Kleinigkeiten, die man ja
215		auch immer hat mit den Kindern. Konnten wir alles mit umgehen. Womit wir
216		aber letztendlich nicht umgehen konnten, also ich war bei einem Seminar
217		vom Jugendamt. Und als ich dann das Wochenende wieder nach Hause kam,
218		da fragte sie, Mama wo bist du gewesen? Ja, ich war beim Jugendamt bei
219		einem Seminar. Ich sag, das ist so etwas Ähnliches wie eine Schule. Naja, auf
220		jeden Fall ist ihr das Thema des Seminars vom Jugendamt sofort in den Kopf
221		geschossen und dann fing sie mir an zu berichten, dass sie missbraucht
222		wurden ist, vom leiblichen Vater. Und sie hat mir auch die Einzelheiten
223		erklärt, also dass riss mir wirklich den Boden unter den Füßen weg. Wäre
224		aber nicht das Problem gewesen, sie weg zu geben. Sie hat damit in der Schule
225		geprahlt und hat da gesagt, mein Papa. Und wir waren überall in der Schule ja
226		Papa und Mama für sie. Und das ging natürlich auf uns zurück. Das ging schon
227		auf die Kinder im Sportverein ein und bei meinem Mann auf Arbeit und da
228		haben wir gesagt, das können wir nicht mehr tragen. Da müssen wir jetzt an
229		unsere Familie denken. Das war eigentlich der Hauptgrund. Hätte sie jetzt still
230		geschwiegen, ich hätte mit ihr eine Therapie gemacht oder ich hätte sie
231		begleitet, oder oder oder. Aber es ist eben auch bei den Kindern. Wenn man
232		denen sagt, das ist jetzt aber mal unser Geheimnis. Das erzählen wir jetzt mal
233		nicht weiter. Aber damit konnte sie nicht umgehen. Dann ging sie erst recht
234		auf die Straße. Das ist auch so ganz typisch. Natürlich ist das typisch (für FAS).
235		Und hier war es so, so prüstete sich noch damit. Und hat ja nicht darüber
236		nachgedacht. Das war der Grund und da waren wir auch alle ganz schlimm
237		traurig. Und es hat auch ganz lange gedauert, dass ich darüber weg war. Da
238		musste ich mir selber auch Hilfe holen. Ja.
239	<b>I:</b>	Ja, es hat eben auch Grenzen und diese Grenzen muss man sich auch stecken,
240		eingestehen.
241	<b>B:</b>	Ja, ja.
242	<b>I:</b>	Wissen Sie, was heute aus ihr geworden ist?
243	<b>B:</b>	Ja, wir haben Besuchskontakt, einmal im Vierteljahr, sie lebt in einer
244		Einrichtung in X. Wir hatten erst alle vier Wochen Besuchskontakt, aber
245		irgendwie hat uns dann das Heim Steine in den Weg gelegt, weil wir eigentlich
246		ja immer Mama waren und Papa für sie und sie auch, wollte dass wir Mama
247		und Papa bleiben. Aber das Heim sagte, sie dürfe es nicht mehr sagen, sie
248		durfte es nicht mehr schreiben, nicht mehr telefonieren. Wir haben einfach
249		das Gefühl, wenn wir Besuchskontakte haben, dann haben ja mehrere
250		Familien Pflegekontakte und wir Pflegefamilien sehen ja auch einiges, wenn
251		man in so eine Einrichtung kommt. Und ja, ganz so nach unseren
252		Vorstellungen lief das da auch immer nicht. Jetzt sind wir bei einmal im
253		Vierteljahr, einmal im Quartal und ja. Und das ist auch ganz wichtig, für
254		unsere Pflegetochter und sie fragt auch, wenn eine Zeit dazwischen ist, sie
255		fragt. Da ist schon noch der Bezug da und der soll auch bleiben.
256	<b>I:</b>	Wie alt ist die Schwester jetzt?
257	<b>B:</b>	Die ist jetzt 12 geworden. Die beiden sind relativ dicht beieinander vom Alter.
258	<b>I:</b>	Da sieht man ja auch, wie wichtig das ist, Kontakt zu haben, gerade wenn die
259		beiden jetzt älter werden. Dass sie einfach wissen, wo sind meine Wurzeln,

260		wo ist meine Familie und wer gehört dazu.
261	<b>B:</b>	Ja, richtig. Das ist schon wichtig, dass denke ich auch. Und sie verstehen sich ja
262		auch gut. (Pause)
263	<b>I:</b>	Da machen wir weiter. Ich denke wir können dann auch erst einmal bei Ihrer
264		Tochter bleiben, in dem Erzählstrang. Können Sie sich noch an die erste
265		Begegnung mit ihr erinnern?
266	<b>B:</b>	Ja, die war im Spielehaus in X, da war Besuchskontakt mit den leiblichen
267		Eltern und da waren die Notaufnahmefamilien und wir haben uns damit
268		hineingeschlichen. Wir haben dem Jugendamt da noch nichts gesagt, wir sind
269		von hinten gekommen diesmal. Weil, die hatten ja immer nichts für uns, da
270		haben wir uns selbst etwas gesucht (lacht). Nein, ja da kann ich mich sehr gut
271		daran erinnern. Die saßen da alle im Spielehaus und wir kamen so dazu, mein
272		Mann und ich und die Kids die waren da am Spielen und ja, mh, nein wir
273		haben die Mädels vorher schon einmal gesehen. Und zwar waren die auf der
274		Weihnachtsfeier (pause) genau. Und da waren wir mit auf der
275		Grünkohlwanderung und da haben wir uns das erste Mal an die Mädels
276		herangetastet, genau. Und da hat sie mein Mann noch im Bollerwagen
277		geschoben und haben ganz viel erzählt und ja, das war schon, ja da kam schon
278		Sympathie auf, ja. Und dann das nächste Mal, da waren wir dann mit beim
279		Besuchskontakt. Wo sie sich dann auch gefreut haben, uns wiederzusehen.
280		Dann haben wir ein paar Kontakte gemacht und dann haben wir auch unsere
281		Kinder dann da mit hin genommen. Obwohl sie ja nun schon ein bisschen
282		größer waren. Aber nichtsdestotrotz muss es ja immer noch stimmen. Und die
283		hatten auch ein gutes Gefühl dabei, ja.
284	<b>I:</b>	Können Sie sich noch an Ihr emotionales Erleben zu diesem Zeitpunkt
285		erinnern?
286	<b>B:</b>	Meins?
287	<b>I:</b>	Ja, wie haben Sie sich gefühlt?
288	<b>B:</b>	Freude, ja Freude. Und voll auch noch einmal dieses Muttergefühl, noch
289		einmal darin aufzugehen in dieser Rolle, Kindern zu helfen, ja.
290	<b>I:</b>	Das ist auch meine nächste Frage. Haben Sie mütterliche Gefühle erlebt?
291	<b>B:</b>	(lacht)
292	<b>I:</b>	Je nachdem, wie man mütterliche Gefühle interpretieren würde.
293	<b>B:</b>	Ja, doch. Doch, das denke ich schon. Dadurch das unsere Pflgetochter auch
294		sehr distanzlos war, so zum Kuscheln kam hatten wir da keine Probleme. Da
295		bekam man einfach Muttergefühle. (lacht) Doch.
296	<b>I:</b>	Spielte das Thema Behinderung zu diesem Zeitpunkt eine Rolle?
297	<b>B:</b>	Nein, nicht eine wirkliche Rolle. Aber wir haben natürlich schon überlegt,
298		schaffen wir das? Ja, kriegen wir das hin? Ist es das, was wir sehen. Keine
299		Ahnung, die Augen, die Ohren, die Füße, ja. Und auch die geistige
300		Behinderung, die ja dann auch da war schon. Doch, aber es war keine Angst
301		da, es war einfach noch einmal so ein in sich hinein hören. Mensch, schaffen
302		wir das, kriegen wir das hin? Aber wenn, müssen wir alle zusammen das
303		hinkriegen. Denn alleine weiß ich nicht, ob ich das schaffe, so in der Richtung,
304		ja.
305	<b>I:</b>	Können Sie sich da noch genauer an Ihre Gefühle erinnern? Es ist ja auch
306		schon ein paar Jahre her.
307	<b>B:</b>	Nein, das kann ich heute nicht mehr näher beschreiben, da will ich ja auch
308		nichts hineininterpretieren. Freude, ich weiß Freude war da, doch. Auch als
309		wir hingefahren sind zum ersten Kontakt, so ein Kribbeln irgendwie, so ein
310		aufregendes Gefühl, was kommt jetzt, ich freu mich.
311	<b>I:</b>	Fühlen Sie sich als Mutter Ihres Pflegekindes, Ihres Kindes?

312	<b>B:</b>	Ja. Doch. Da fühle ich mich als Mutter und so werde ich ja auch betitelt, so
313		werde ich auch angenommen. Sie weiß schon, dass ich nicht ihre leibliche
314		Mutter bin, sie haben ja auch noch Besuchskontakt zu den leiblichen Eltern,
315		nur im Moment nicht. Also, dass weiß sie schon, das kann sie auch
316		unterscheiden, aber sie hat von Anfang an gleich Mama gesagt, während ihre
317		Schwester nicht. Einfach weil das alle anderen Kinder hier im Haus auch
318		gesagt haben.
319	<b>I:</b>	Jetzt ist Ihr Mann nicht dabei. Sicher können Sie nicht für ihn reden, aber ich
320		denke Sie haben ja diese Zeit sehr intensiv mit ihm verbracht, was denken Sie,
321		wie ist es Ihrem Mann ergangen in dieser Zeit? Hatte der ähnliche Gefühle?
322	<b>B:</b>	Genauso, ja, genauso. Also, sonst hätte ich das auch nicht so gemacht. Also,
323		wenn mein Mann da nicht mit einverstanden gewesen wäre oder wir nicht an
324		einem Strang gezogen hätten, dann hätten wir das auch nicht gemacht. Das
325		geht also nur mit dem Partner an der Seite. Und mein Mann geht da genauso
326		drin auf, wie ich auch. Der geht voll drin auf, da kann ich für ihn sprechen.
327	<b>I:</b>	Was verstehen Sie unter Elternschaft?
328	<b>B:</b>	Elternschaft?
329	<b>I:</b>	Was verstehen Sie darunter, Eltern zu sein, Pflegeeltern zu sein?
330	<b>B:</b>	Das verstehe ich genauso, wie bei den leiblichen Kindern. Das sind einfach
331		Kinder, die zu meiner Familie gehören, denen ich Wärme gebe, denen ich ein
332		zu Hause gebe, denen ich Geborgenheit gebe, mit denen ich auch mal
333		schimpfe (Pause), ja alles, was in einer normalen Familie dazu gehört. In
334		guten und in schlechten Zeiten dahinter stehen. Ja. So würde ich das sagen.
335	<b>I:</b>	Welche Bindung haben Sie zu Ihrem Pflegekind? Hat sich das etwas verändert
336		im Vergleich zum Anfang?
337	<b>B:</b>	Doch, die Bindung ist schon intensiver geworden, die hat sich also wirklich
338		mit der Zeit gefestigt. Man kann schon sagen, dass ist eine Mutter-Tochter-
339		Beziehung. Ja.
340	<b>I:</b>	Nun noch die Gegenfrage: Welche Bindung hat Ihre Tochter zu Ihnen?
341	<b>B:</b>	Genauso. Ich würde fast noch sagen noch mehr. Dadurch das sie auch so
342		distanzlos ist und sehr viel Aufmerksamkeit braucht und Anerkennung. Ist ja
343		so, dass sie einem eigentlich immer irgendwie am Hacken hängt und
344		angeschlichen kommt und man bekommt eine halbe Herzattacke, weil sie
345		plötzlich hinter einem steht. Zumindest genauso, aber ich denke mal sie hängt
346		sehr an uns. Wenn irgendwas ist, das geht ihr immer sehr nahe.
347	<b>I:</b>	Nun ist es ja so, wenn man auch als Pflegemutter oder Pflegevater den
348		Pflegevertrag mit dem Jugendamt unterschreibt, das man da einen Vertrag
349		unterschreibt mit dem Hintergrund, dass das Kind auch jederzeit wieder
350		gehen kann. Haben Sie sich dazu schon einmal Gedanken gemacht, ob man
351		sich emotional an ein Kind binden darf, dass eigentlich jederzeit wieder gehen
352		könnte?
353	<b>B:</b>	Dürfen darf man das eigentlich nicht.
354	<b>I:</b>	Da sind wir ja auch in der Problematik drinnen, dass wir als Pflegeeltern
355		einen Auftrag haben und wir aber auch nur Menschen sind.
356	<b>B:</b>	Genau, genau. Und da muss ich auf unseren Pflegesohn kommen. Wenn Sie da
357		so ein dreizehn Monate altes Baby bekommen, blond, knallblaue Augen, da
358		machen Sie sich erst einmal keine Gedanken. Erst wenn dann irgendwann mal
359		die Eltern und der Besuchskontakt auf den Schirm kommen, den hatten wir
360		dann nach einem Jahr, da war er dann zwei und das war fürchterlich. Wir
361		mussten ins Kinderschutzhaus und das war Gott sei Dank auch der erste und
362		letzte Besuchskontakt. Aber der Vater der hatte ihn dann so nieder gemacht,
363		von wegen das sind nicht deine Eltern, das ist nicht dein zu Hause und alles so



364		asozial dann, das war ganz ganz schlimm. Er hat wirklich von zwei Stunden
365		Besuchskontakt ein dreiviertel Stunden geheult. Rotz und Wasser geheult, er
366		hat ja gemerkt, dass da irgendwas ist, wahrscheinlich hat er das auch
367		wiedererkannt. Das tat weh und das hat natürlich dann wieder noch mehr
368		Bindung zwischen uns geschaffen. Und wir haben dann Ruhe gehabt,
369		jahrelang, aber dann nach knapp fünf Jahren (Pause), nach drei Jahren, da rief
370		die Mutter an, beziehungsweise das Jugendamt, haben die auf den
371		Anrufbeantworter gesprochen. Und da habe ich das erste Mal Angst gehabt,
372		dass sie mir den Jungen wieder weg holen. Ich war fix und fertig. Ich war echt
373		fix und fertig. Gut, nachher sind wir dann so verblieben, gut erst einmal nur
374		Bilder. Und dann hatte sie wirklich fünf Jahre Ruhe gegeben und dann kam sie
375		wieder nach fünf Jahren, da schon sie dann den jüngeren Bruder vor, der
376		möchte ihn doch einmal kennen lernen. Aber unser Junge wollte damals nicht,
377		der will heute auch nicht. Und das sind dann immer so diese Ängste, die ich
378		um ihn gehabt habe. Jetzt nicht mehr. Ich weiß, wo er hin gehört, er hat es mir
379		oft genug gesagt und er möchte seine Eltern auch irgendwann kennen lernen,
380		aber er möchte wieder mit uns nach Hause gehen. Bei unserer Pflege Tochter
381		ist das wieder etwas anders, weil wir die Eltern ja immer irgendwie beim
382		Besuchskontakt dabei hatten und es lief eigentlich immer recht gut. Es waren
383		mal Sachen dabei, wo wir gesagt haben, okay das geht gar nicht oder so. aber
384		es lief immer eigentlich soweit richtig gut. Die haben auch ab und an mal
385		geäußert, sie wollen die Kinder wieder haben, aber bei so viel
386		Vernachlässigung und alle behindert, selbst die Eltern am Rande der
386		Behinderung, da gibt kein Jugendamt die Kinder mehr hin, also brauchte ich
387		da nicht mehr so die Angst haben. Nein.
388	<b>I:</b>	Haben Sie jemals auch Aussagen des Jugendamtes dazu erhalten?
389	<b>B:</b>	Ja, dass die Kinder bleiben, ja das haben wir gekriegt. Nichtsdestotrotz, das
390		Sorgerecht liegt bei den Eltern, das Aufenthaltsbestimmungsrecht auch, das
391		wäre dann ein harter Kampf. Hat auch lange gedauert, bis die Eltern das
392		hingenommen haben, dass die Kinder nicht wiederkommen. Sie haben immer
393		gedacht, dass ist nur so ein Kurztrip den sie da veranstalten. Aber
394		mittlerweile, seit ein paar Jahren ist es okay. Das mit Mama und Papa ist okay,
395		wir haben halt zwei davon und das die Eltern sie nicht wieder kriegen ist auch
396		okay. Da kommen Sie mit klar. (Pause)
397	<b>I:</b>	Ja, jetzt haben wir ganz viel über Ihre Pflege Tochter gesprochen, wie war das
398		mit Ihrem Pflegesohn. Wie war die erste Begegnung? Können Sie sich an die
399		erste Begegnung mit ihm erinnern?
400	<b>B:</b>	Wir haben in X diesen Vertrag unterschrieben und wir wussten er ist in X im
401		Kinderschutzhaus und wir waren ja auch neugierig, wir waren aufgeregt, wir
402		waren zappelig wie so ein kleines Kind, das auf die neue Puppe wartet und
403		haben dann einfach danach gefragt, wie ist es denn, wenn wir jetzt einfach auf
404		dem Rückweg sind, könnten wir den da vorbei fahren, einfach nur um mal zu
405		sehen, zu gucken. Ja gut, da haben die das klar gemacht vom Jugendamt, das
406		wir da noch vorbei fahren konnten. Dann kamen wir auch noch um die
407		Mittagszeit, aber es machte auch nichts. Und da war dann ein ganzer Pulk von
408		Kindern, alles Kinder unter acht Jahren und er lag da, mit seinen zwölf,
409		dreizehn Monaten platt auf den Erde und hat nur immer zugesehene, wie er
410		sein Spielzeug irgendwie versteckt kriegt, damit ihm die anderen das nicht
411		klauen. Und Sie glauben es nicht, er sah mich und er fing an zu grinsen. Und
412		mein Mann, der stand so halb hinter mir, und da wollte ich so halb rumtütteln
413		mit ihm, und da sah er meinen Mann und ja, da war ich ja mal nix mehr für
414		ihn. Da konnte ich gehen. Da gab es dann bald Mittagessen, also das war ein
415		ganz knuffiger, also er passte einfach auch so vom Aussehen zu uns und das

416		hat auch keiner jahrelang gemerkt oder gewusst. Na klar, die die es wissen
417		mussten, aber wir haben das nicht irgendwo ausgehängt. Und dann gab es
418		Mittag. Da sagten die da, na füttern lassen wird er sich von Ihnen bestimmt
419		nicht, das wäre ja mal ganz eigen und dann gab es auch noch Grünkohl.
420		Grünkohl und er hat gegessen, er hat von meinem Löffel gegessen. Ich habe
421		neben ihm gesessen und habe ihn dann gefüttert. Ein toller erster Tag, ein
422		super Tag, von beiden Seiten. Von seiner Seite und von unserer, also er hat
423		uns gleich angenommen. Und andersrum auch und dann sind wir 14 Tage
424		immer wieder hin, 14 Tage lang und zuletzt am Wochenende haben wir dann
425		die Kinder mitgenommen, damit die sich auch ein bisschen umgucken
426		konnten und dann haben wir einfach gesagt, so jetzt reicht es und jetzt holen
427		wir ihn an.
428	<b>I:</b>	Wie haben Sie sich damals gefühlt, wenn Sie sich heute so zurück erinnern?
429	<b>B:</b>	Toll, toll. Also, dass weiß ich noch, gang ganz toll. Wir sind dann auch erst
430		einmal ganz stolz zu meinen Eltern hingefahren und haben ihn präsentiert.
431		Als wenn man jetzt ein eigens Kind bekommen hat, da hat man ja auch das
432		Bedürfnis, erst einmal alle abzugrasen. Es war gut, schön.
433	<b>I:</b>	Erlebten Sie mütterliche Gefühle?
434	<b>B:</b>	Ja, bei ihm auch schon mehr, als bei unserer Pflege Tochter. Gut, er brauchte ja
435		auch mehr. Er war ja auch noch das Pamperskind, er konnte ja werde
436		krabbeln noch sonst irgendetwas. Er konnte ja eigentlich gar nichts mit
437		seinen 13 Monaten, also ja nicht viel.
438	<b>I:</b>	Hatten Sie damals auch so Vergleiche zu Ihren eigenen Kindern? Dass Sie
439		vielleicht andere Entwicklungsschritte an ihm entdeckt haben? Dass Sie
440		vielleicht etwas geahnt haben?
441	<b>B:</b>	Geahnt ja und das hat man uns ja bereits gesagt, dass das eine massive
442		Entwicklungsverzögerung ist. das hat man uns gesagt, doch. Und das konnte
443		man ja auch sehen. Also, ich denke mal mit 13 Monaten ist ja ein Kind auch
444		schon mal aufrecht, so in der Sitzposition vernünftig oder so ein paar
445		Vierfüßler Tapsen, aber da war noch gar nichts.
446	<b>I:</b>	Haben Sie sich d damals große Gedanken darum gemacht?
447	<b>B:</b>	Nein, in dem Moment haben wir uns da keine Gedanken gemacht. Das war
448		einfach so ein Kind, ein Junge dem man so ein bisschen auf dem Weg helfen
449		wollte, betütteln, betatteln und auf die Beine helfen. Schritt für Schritt. Und da
450		ist uns auch ganz gut gelungen. Also, es hat keine acht Wochen gedauert und
451		da ist er wirklich durch die Bude gekrabbelt. Also, er kam dann. Er brauchte
452		einfach nur die Motivation. Und es ging dann ganz flink.
453	<b>I:</b>	Ja, nochmal zum Thema Elternschaft. Vielleicht wiederholt sich da einiges von
454		vorhin?
455	<b>B:</b>	Ja stimmt, ganz genauso.
456	<b>I:</b>	Aber sicher die Frage der Bindung. Es sind ja zwei verschiedene Kinder.
457		Welche Bindung hatte Sie zu ihm, von Anfang an?
458	<b>B:</b>	Doch, die Bindung war schon enger. Ich wollte sie auch enger haben. Bloß er
459		hat es zu Anfang gar nicht zugelassen. Er hat alles was blond war ignoriert. Ich
460		konnte mit ihm auch gar nicht kuscheln oder ihn auf meinem Schoß. Er ist
461		immer gleich abgehauen. Weg, also er hat da schlechte Erfahrungen wohl mit
462		seiner Mutter gemacht. Aber es ist doch eine ein bisschen andere Bindung als
463		zu unserer Tochter. Ich denke mal, es liegt einfach daran, dass er Baby war,
464		als er gekommen ist und sie tatsächlich schon auf ihren eigenen Beinen hier
465		reingegangen ist. denke ich mal. Natürlich habe ich beide gleich lieb, aber
466		doch, es ist, ich kann es einfach gar nicht beschreiben, es ist etwas anders.
467		Noch mehr Mutter für ihn denke ich mal, noch mehr Mutter.

468	<b>I:</b>	Und wie sieht das von seiner Seite aus? Welche Bindung hat er zu Ihnen?
469	<b>B:</b>	Er sagt, er hat nur uns als Eltern. Wir sind seine Mama und sein Papa. Und das
470		andere das wären nicht Mama und Papa. So äußert er das, immer. Ja, er war
471		damals so klein. Er ist mit acht Monaten aus der Familie gekommen, aber er
472		macht sich, klar er ist 14 Jahre, er hat sich sicherlich schon das ein oder
473		andere Mal so seine Gedanken gemacht und auch wenn sein Vormund ihn
474		fragt, Mensch möchtest du denn mal Kontakt aufnehmen oder so, möchtest du
475		den deine Eltern mal sehen, dann sagt er, nein im Moment noch nicht. Ich sage
476		schon Bescheid, wenn ich das will.
477	<b>I:</b>	Sie haben jetzt schon ganz viel erzählt und wir haben uns ganz viel
478		ausgetauscht. Gab es denn Krisen, von denen Sie berichten möchten oder
479		auch kritische Momente? Haben Sie jemals die Idee gehabt, es geht nicht mehr
480		weiter und wir müssen jetzt die Pflegschaft beenden? Die Motivation ist
481		vorbei?
482	<b>B:</b>	Nein, die Motivation vorbei, nein. Pflegschaft beenden hatten wir bei unserem
483		Pflegesohn schon. Und zwar, weil er seine Ausraster hat und diese Ausraster
484		sind richtig schlimm. Er schmeißt also wirklich auch mit Dingen um sich oder
485		schmeißt hier das Geschirr vom Tisch. Er steigert sich dann in eine solche
486		Kleinigkeit rein und wir selber können dann Ruhe geben, aber er selber kann
487		keine Ruhe geben, er setzt dann immer noch eins drauf. Er fängt dann richtig
488		an, einen zu provozieren, einen aus der Reserve zu locken. Und da haben wir
489		also wirklich schon gehabt, weil es sich auch so gehäuft hatte, also nicht nur
490		einmal die Woche, sondern dann mehrmals die Woche. Also, ich habe es nicht
491		geäußert, aber mein Mann hat dann geäußert, also so geht es nicht weiter, das
492		können wir nicht mehr tragen. Der macht uns hier alles kaputt. Er entwickelt
493		dann auch solchen Kräfte, wo man sagt also ich werde ihm nicht mehr Herr.
494		Dann haben wir erst einmal das Gespräch gesucht mit dem Jugendamt und
495		dann haben wir uns medizinische Hilfe gesucht. Er war schon immer unter
496		Medikamenten wegen seiner Ausraster auch. Aber wir haben jetzt ein anderes
497		genommen, wo wir jetzt auch ganz gut klar kommen damit. Er hat trotzdem
498		nochmal einen, das ist ganz klar, es ist nicht weg, aber damit können wir
499		umgehen. (Pause) und das war eine Zeit so schlimm, dass wir gesagt haben,
500		das geht nicht mehr. Der macht uns alles da kaputt und man selber bekommt
501		sich dann ja auch in die Haare von wegen lass ihn doch oder das hättest du
502		jetzt auch nicht sagen müssen oder so, aber letztendlich ich weiß nicht, wenn
503		ihn hier jemand abholen würde, wenn ich ihn mitgeben würde. Und er will
504		hier auch nicht weg. Das weiß ich. Das weiß ich ganz genau. Auch als wir das
505		Gespräch hatten mit dem Jugendamt und den ganzen Geschichten die hier
506		gelaufen sind. Er weiß nicht, was mit ihm passiert, wenn das so ist. das ist wie
507		ein Blitzgewitter in seinem Kopf. Das kann er nicht mehr steuern. Deswegen
508		rastet er dann so aus und schlägt alles kurz und klein und beschimpft einen
509		und setzt immer noch einen drauf. Man kann auch raus gehen aus der
510		Situation, er kommt ja immer hinterher. (lacht) also im Moment sind wir da
511		auch wieder von ab, ganz klar. Wir haben Hilfe bekommen. Wir haben uns
512		Hilfe gesucht.
513	<b>I:</b>	Und Krisen gehören irgendwie ja auch dazu.
514	<b>B:</b>	Ja, die gehören dazu.
515	<b>I:</b>	Gab es da mit Ihrer Pflege Tochter Situationen?
516	<b>B:</b>	Nein, da haben wir noch gar keine gehabt. Die ist so ruhig, so ausgeglichen
517		und wenn man ihr sagt, gehst du in dein Zimmer, kein Problem, da dreht sie
518		sich auf den Hacken um und dann ist sie auch weg. Also ich glaube deswegen
519		funktioniert das auch nur mit den beiden. Weil sich da auch eben Gegensätze
520		anziehen.

521	<b>I:</b>	Dann noch eine abschließende inhaltliche Frage. Welche Rolle spielen die
522		leiblichen Eltern für Sie? Wie empfinden Sie da? Was denken Sie?
523	<b>B:</b>	Also, da empfinde ich nichts. Nein. Da gehen wir zu den Besuchskontakten
524		hin, wir verstehen uns, wir trinken auch mal einen Kaffee zusammen, aber das
525		ich jetzt sagen muss, ich empfinde etwas oder ich bin jetzt traurig, dass die
526		Kinder nicht da bleiben können, nein. Also, zu seiner Mutter kann ich da so
527		gar nichts sagen, weil da auch nie der Kontakt da war und bei ihr, ja damals
528		war dann das Empfinden, als die Kinder dann Mama und Papa sagten da
529		musste sich der leibliche Vater erstmal damit abfinden. Da konnte er erst
530		nicht so damit klar kommen, aber ja da konnte ich das schon nachempfinden.
531		Mir würde es wahrscheinlich auch so gehen, wenn meine Kinder zu jemand
532		anderem Mama und Papa sagen, das ist glaube ich schon eine sehr emotionale
533		Geschichte. Das konnte ich schon nachempfinden, dass es für ihn schwierig ist
534		und auch ein bisschen traurig, aber auf der anderen Seite habe ich die Kinder
535		gesehen und denen ging es dabei gut und so musste der Vater natürlich
536		lernen und nicht die Kinder. Also, es ist wichtig, dass die Kinder Kontakt
537		haben. Also, sie leiden schon wenn wir keinen Besuchskontakt haben, weil
538		wir ihn eben auch immer regelmäßig hatten und jetzt seit einem halben Jahr
539		haben wir gar keinen mehr. Und vorher wirklich regelmäßig, eine Zeit lang
540		vierzehntägig, dann im vier Wochen Takt und die Kinder haben immer
541		gesehen wir haben uns gut verstanden, wir Eltern haben auch zusammen
542		gesprochen und gemacht und getan. Und unserer Pflegetochter frisst das eher
543		in sich hinein, während die andere die ältere Schwester, die geht dann schon
544		mal auf die Barrikaden, die fängt dann schon an aufsässig zu werden oder so.
545	<b>I:</b>	Also merkt man ja schon auch, dass die leiblichen Eltern eine Rolle spielen.
546	<b>B:</b>	Die spielen eine Rolle, für sie und ihre Geschwister spielen die definitiv eine
547		Rolle. Ich denke mal das hängt damit zusammen, wie die Bindung zu den
548		Eltern war. Die Kinder waren ja auch lange Jahre da. Und unsere Junge, acht
549		Monate, das hat er vielleicht gar nicht so verinnerlicht. Genau. Und für sie (die
550		Pflegetochter) ist es wirklich wichtig und die Eltern spielen eine Rolle.
551	<b>I:</b>	Ja, gibt es jetzt von Ihrer Seite etwas, was Sie hinzufügen wollen? Oder denken
552		Sie, wir haben etwas vergessen anzuschneiden? Ist Ihnen noch etwas wichtig
553		zu sagen?
554	<b>B:</b>	Nein, ich wüsste jetzt im Moment nicht.
555	<b>I:</b>	Ja, dann hoffe ich, dass dieses Gespräch jetzt für Sie auch bereichernd war.
556	<b>B:</b>	Ja, das war ein schönes Gespräch.
557	<b>I:</b>	Dann danke ich Ihnen für das Gespräch. Vielen Dank.

## Transkribiertes Interview 6: Familie F.

01	<b>I:</b>	Vielen Dank für die Möglichkeit, dass wir das Gespräch jetzt führen können.
02		Wir haben uns ja bereits bekannt gemacht. Ich werde das Gespräch mit einem
03		Aufnahmegerät aufnehmen und bitte hiermit um Ihr Einverständnis Vielen
04		Dank. Das Aufnahmeprotokoll wird nach den geltenden Datenschutzgesetzen
05		behandelt. Es werden keine personenbezogenen Daten weitergegeben oder
06		veröffentlicht. Des Weiteren werde alle Angabe, aus denen Rückschlüsse auf
07		Ihre Person oder auf Ihr Pflegekind gezogen werden können anonymisiert
08		und auch bei der Wiedergabe im Rahmen meiner wissenschaftlichen Arbeit
09		anonym behandelt. Alle Fragen, die ich an Sie richten möchte, habe ich in
10		einem Leitfaden zusammengefasst. Wenn Sie noch etwas zu ergänzen haben
11		oder wenn Sie denken, dass noch etwas Anderes von Bedeutung sein könnte,
12		können Sie jederzeit auch etwas ergänzen. (Pause) Zuerst gibt es einige
13		Fragen zu Ihnen. Sie sind ja im Moment Pflegemutter. Waren Sie vorher auch
14		schon in der Rolle der Pflegeperson?
15	<b>B:</b>	Nein, nein.
16	<b>I:</b>	Wie alt waren Sie denn zum Zeitpunkt der Aufnahme?
17	<b>B:</b>	37.
18	<b>I:</b>	Wie alt war Ihr Mann, ihr Partner?
19	<b>B:</b>	Der war auch 37.
20	<b>I:</b>	Welchen Familienstand hatten Sie?
21	<b>B:</b>	Verheiratet.
22	<b>I:</b>	Wie sah es zu dieser Zeit Ihrerseits mit der Berufstätigkeit aus?
23	<b>B:</b>	Wir waren beide voll berufstätig. (längere Pause)
24	<b>I:</b>	Und Ihr Mann ist auch noch weiter berufstätig?
25	<b>B:</b>	Ja, genau.
26	<b>I:</b>	Wie alt war Ihr Pflegesohn, als Sie sich das erste Mal begegnet sind?
27	<b>B:</b>	15 Monate. Und jetzt ist er elf Jahre, 2003 geboren.
28	<b>I:</b>	Leben weitere Kinder in Ihrer Familie oder lebten?
29	<b>B:</b>	Nein.
30	<b>I:</b>	Von wem ist denn damals der Wunsch ausgegangen, ein Kind in die Familie
31		aufzunehmen?
32	<b>B:</b>	Von uns beiden eigentlich.
33	<b>I:</b>	Können Sie da ein wenig mehr erzählen?
34	<b>B:</b>	Ja, eigentlich wollten wir ein Kind adoptieren. Dann wurde uns nach einigen
35		Jahren ein Kind angeboten, dass allerdings schon etwas älter war, schon
36		viereinhalb Jahre, ein Junge. Der Vater wollte das Kind zur Adoption
37		freigeben, die Mutter war unbekannt verschollen oder so, keine Ahnung was
38		da wirklich war. Dann haben wir uns so ein bisschen entschieden, dass nicht
39		zu machen, weil uns das zu unsicher war. Da hatten wir so ein bisschen Angst.
40		Ja und dann dauerte das gar nicht lange, vielleicht drei, vier Monate später, da
41		wurde uns dann wieder ein Kind angeboten. Man hatte uns nicht gesagt, ob
42		Junge oder Mädchen, das war uns auch egal. Und er lebte zu der Zeit in der
43		Notpflege. Ja und dann haben wir ihn zuerst zwei-, dreimal besucht und dann
44		haben wir uns entschieden, ihn aufzunehmen. Eigentlich als Adoptionskind.
45		(Pause)
46	<b>I:</b>	Entsprach diese Situation Ihren damaligen Lebensentwürfen?
47	<b>B:</b>	Die Adoption war eigentlich unser Ziel, aber nur weil ich Angst hatte, dass
48		man uns das Pflegekind wieder wegnimmt nach kurzer Zeit. Das hätte ich
49		nicht so gekonnt. Wir wollten eine Familie und nicht immer wieder

50		verschiedene Pflegekinder für kurze Zeit aufnehmen, das wollten wir nicht.
51	<b>I:</b>	Das ist ja oft der Blick von außen, zu denken das sind Pflegekinder und die
52		gehen dann ganz schnell wieder aus der Familie.
53	<b>B:</b>	Ja genau. Ich finde das auch in Ordnung, das muss es auf jeden Fall geben.
54		Aber für uns ist das nicht die richtige Sache gewesen.
55	<b>I:</b>	Ja, das muss man dann auch können.
56	<b>B:</b>	Ja, genau.
57	<b>I:</b>	Wussten Sie zu dem Zeitpunkt, als Sie Ihren Pflegesohn aufgenommen haben,
58		dass er eine Behinderung haben wird?
59	<b>B:</b>	Nein, in keiner Weise. Er galt als entwicklungsverzögert. Das war aber
60		eigentlich auch verständlich. Er lebte schon mehrere Monate in der Notpflege,
61		weil seine leibliche Mutter nicht zu erreichen war. Ich habe damals gesagt, das
62		ist ja okay, normal. Wenn sich niemand um ein Kind kümmert, dann kann es
63		sich nicht entwickeln. Ich habe halt gedacht, das ist das Kleinere. Das
64		bekommen wir schon hin.
65	<b>I:</b>	Wie lange hat Ihr Pflegesohn denn schon in der Notpflege gelebt?
66	<b>B:</b>	Keine Ahnung. Das kann ich gar nicht so genau sagen. Aber ich denke so, um
67		die drei Monate. Etwa. Er ist damals bei einer Freundin der Mutter abgegeben
68		wurden und nicht wieder abgeholt wurden. Das ist das, was wir wissen. Und
69		diese Freundin hat festgestellt, dass irgendwas nicht in Ordnung ist und hat
70		ihn ins Krankenhaus gebracht. Die haben dann gedacht, okay diese Freundin
71		ist überfordert und haben dann das Jugendamt angerufen und ihn in die
72		Notpflege zu geben. Das war das Beste sicherlich.
73	<b>I:</b>	Also ist über das erste Lebensjahr wahrscheinlich wenig bekannt?
74	<b>B:</b>	Genau. Er war nur die ersten vier Monate bei der leiblichen Mutter, danach
75		nicht mehr. Also, er lebte dann schon über ein halbes Jahr bei der Freundin.
76		(Pause) Wir wissen nicht sehr viel über die Mutter. Vielleicht verurteilt man
77		sie auch. Vielleicht hat sie ihn auch schützen wollen. Es gibt ja einen Vater,
78		den sie nicht angegeben hat. Dazu wissen wir nur, dass er im Gefängnis war.
79		Vielleicht hat sie ihn schützen wollen. Wir wissen es nicht. Also, man kann sie
80		nicht verurteilen. Das ist immer ganz schwierig. nur ich frage mich halt,
81		warum fragt man nicht einmal in zehn Jahren nach dem Kind. Oder wenn man
82		es zu einer Freundin bringt, warum besucht man es nicht einmal?
83	<b>I:</b>	Hat es nie einen Kontakt mit der Mutter gegeben?
84	<b>B:</b>	Nein, gar nicht. Sie weiß nicht wo er ist. das hat man ihr gleich entzogen. Man
85		hat ihr vor drei Jahren gesagt, wie krank er ist. weil ich gesagt habe, ich
86		möchte eigentlich das sie weiß, dass er sehr krank ist. es kann ja auch in die
87		andere Richtung gehen. Und da hat sie gesagt, als sie ihn abgegeben hat, war
88		er nicht krank. Das ist alles.
89	<b>I:</b>	Das ist natürlich auch ein Satz, der sitzt.
90	<b>B:</b>	(Pause) Der sitzt und der macht mich natürlich auch wütend. Wie man so viel
91		Desinteresse zeigen kann, dass verstehe ich nicht.
92	<b>I:</b>	Was wussten Sie denn überhaupt damals von ihm? Was haben Sie sich
93		zusammengepuzzelt?
94	<b>B:</b>	Das kam alles so nach und nach. Ich muss in der gleichen Klinik gewesen sein,
95		wo er schon einmal behandelt wurden ist. Da hat mich der Arzt wohl
96		verwechselt mit der leiblichen Mutter oder mit der Tante, ich weiß es nicht.
97		Dadurch habe ich einiges erfahren. Das hätte er mir nie sagen dürfen. Was soll
98		ich sagen, ich habe ja nicht gesagt, er soll es mir nicht sagen. Ansonsten, ich
99		weiß nicht sehr viel. Nicht sehr viel. Er hat Geschwister, er hat eine ältere
100		Schwester. Er hat wohl auch noch zwei oder drei jüngere Geschwister. Ob die
101		noch bei der Mutter leben, ich weiß es nicht. Die haben halt alle andere Väter.

93		Ich weiß es nicht. Es ist mit eigentlich auch egal gewesen. Was ich immer
94		einmal wissen wollte, wie sieht die Mutter aus. Das weiß ich jetzt, dank
95		Facebook. Weil es gibt ja Menschen, die wirklich alles veröffentlichen, jedes
96		kleine Detail. So eine ist sie auch. Dadurch weiß ich, wie sie aussieht und das
97		hat mich so ein bisschen beruht, weil sie ganz normal aussieht. Das ist
98		eigentlich alles. Mehr weiß ich nicht.
99	<b>I:</b>	Da kann man sicher auch ein wenig Ruhe finden.
100	<b>B:</b>	Ja, ganz genau. Ich habe auch überlegt, klickst du es an oder nicht. Das habe
101		ich erst vor einem halben Jahr gemacht. Zehn Jahre eigentlich nicht, aber es
102		hat mich auch so ein bisschen beruht, irgendwie. (Pause)
103	<b>I:</b>	Ist denn über die Geburt etwas bekannt?
104	<b>B:</b>	Wir haben dieses gelbe Untersuchungsheft. Da war mir erst nicht klar, was
105		dieses Wort Abusus bedeutet. Jetzt weiß ich es halt. Ob sie jetzt Drogen oder
106		es ist nicht näher beschrieben. Es steht nicht da. Es steht nur Abusus, ist
107		angekreuzt, das ist alles. Was da noch genau mit ihm war, wir wissen es nicht.
108		Sie hat die ersten U-Untersuchungen gemacht. Ich habe das Heft hier. Ganz
109		vorbildlich. Die letzte, das war die U6, die hätte gemacht werden müssen, da
110		war er schon in Obhut des Jugendamtes, die ist nicht gemacht wurden. Das
111		finde ich dann auch traurig, muss ich sagen. Die Mutter in der Notpflege hatte
112		fünf kleine Kinder, von vier Monaten aufwärts, die vegetierten da alle so, das
113		war wirklich ein bisschen heftig. Da kann man auch sagen, die macht es auch
114		wegen dem Geld. Er war in einem Raum mit ganz vielen Spielsachen und lag
115		da auf dem Fußboden. Und selbst wenn er da schon gekrampft hätte, das
116		hätte sie nicht gesehen. Er war sauber, gepflegt und gut genährt, aber das war
117		wirklich schon auch alles. Er hatte keine Schuhe, er hatte keine Kleidung. Das
118		war alles.
119	<b>I:</b>	Wir gehen noch einmal so ein Stück weit zurück. An was können Sie sich
120		erinnern, als Sie ihm das erste Mal begegnet sind? Wie war diese erste
121		Begegnung?
122	<b>B:</b>	Also, wir sind mit der Jugendamtsmitarbeiterin in der Notpflegefamilie und
123		da öffnete so ein kleines Mädchen die Tür. Dann sind wir weiter geführt
124		wurden und dann hat man uns ihn gezeigt. Er konnte schon stehen und stand
125		dann schielend mit ganz vielen Locken an diesem Gitter und dann war es um
126		mich passiert und ich habe gedacht, der ist es. (lachen) Ich wusste sofort, den
127		nehme ich mit. Die Jugendamtsmitarbeiterin hat gesagt, lassen Sie erst einmal
128		die Gefühle sprechen. Es kann auch sein, dass man sagt, nein das ist nicht
129		meins, aber das passte einfach. Wir haben ihn dann besucht, ich glaube zwei
130		Mal. Und dann haben wir ihn über Ostern für zwei Nächte mit nach Hause
131		genommen. Da habe ich ganz viel Angst gehabt, weil ich ja noch nie ein Kind
132		hatte und ich habe gedacht, er schläft nicht, er isst nicht. Er hat gleich
133		Mittagschlaf gemacht, er hat sich wohl gefühlt. Er hat gleich gegessen. Damals
134		ging es noch ein bisschen leichter als heute, heute kann er leider nicht mehr
135		kauen. Damals hat er noch alles gegessen und gekaut. Und es war dann ganz
136		traurig, dass ich ihn dann Ostermontag wieder abgeben musste. Ich hätte ihn
137		am liebsten hier behalten. Ich musste dann noch eine Woche leider arbeiten.
138		Mein Chef hat mich nicht raus gelassen und diese eine Woche musste ich dann
139		irgendwie durchziehen. Habe ich dann ja auch. Aber ich hätte ihn am liebsten
140		gleich behalten.
141	<b>I:</b>	Und haben Sie dann Elternzeit genommen?
142	<b>B:</b>	Ja, dann habe ich erst einmal drei Monat Elternzeit genommen mit dem
143		Gedanken, ich fange ja wieder an zu arbeiten, weil ich auch schon 16 Jahre in
144		der Firma war. Das war wohl nichts.

145	<b>I:</b>	Dann kam alles anders.
146	<b>B:</b>	Ja, dann kam alles anders.
147	<b>I:</b>	Die Frage, ob Sie mütterliche Gefühle erlebt haben, die muss ich gar nicht
148		noch einmal stellen. Wie ging es denn Ihrem Mann in diesem Moment?
149	<b>B:</b>	Ja, da war es am Anfang natürlich auch so, aber dann wurde es schwieriger.
150		Denn ich war ja eigentlich nur zehn Tage zu Hause, ich bin dann gleich ins
151		Krankenhaus gefahren, weil ich gemerkt habe, dass da irgendwas nicht in
152		Ordnung ist. Er wurde ganz blau. Und dann habe ich halt die Beziehung
153		extrem aufgebaut und mein Mann war zu Hause, der musste arbeiten. Er hat
154		uns dann zwar besucht, aber das ist ja nicht das. Erst war ich in X von April bis
155		November und dann bin ich nach X, erst in die Uniklinik das nahm aber kein
156		Ende da und dann hat man uns in das Epilepsiezentrum X verlegt. Und das
157		war eigentlich das Beste, was und passieren konnte. Da wurden wir auch als
158		Familie aufgenommen. Also mein Mann konnte jederzeit kommen, brauchte
159		das Zimmer nicht bezahlen, sodass wir am Wochenende auch mal Familie sein
160		konnten und nicht nur Mutter mit Kind. Das hat uns extrem geholfen, weil er
161		ganz schwere Anfälle hatte.
162	<b>I:</b>	Wie hat sich das gezeigt?
163	<b>B:</b>	Er hatte alle Anfälle, die man sich nur vorstellen konnte. Von Sturzanfällen,
164		sodass ich ihn gar nicht mehr losgelassen habe, weil er immer nur mit dem
165		Kopf irgendwo hingeknallt ist. Zunge durchbissen, Nase gebrochen, alles was
166		man sich vorstellen kann. Wir hatten am Anfang auch keinen Helm. Das
167		dauert ja mit den Krankenkassen auch alles ein bisschen länger. Es war heftig.
168		Die haben ihn dort auch mal nachts auf die Station genommen, dass man
169		schlafen konnte als Eltern. Nach Hause gefahren bin ich in der Zeit nicht, weil
170		ich gedacht habe, ich kann das nicht. Alle haben ihn bisher allein gelassen, ich
171		kann jetzt nicht auch gehen. Das habe ich erst viel später gemacht. Und dann
172		auch nur für ein oder zwei Tage. Also ein Jahr lang habe ich das gar nicht
173		gemacht, nicht eine Minute. Und nach etwas über einem halben Jahr habe ich
174		dann gesagt, gut ich fahr jetzt mal freitags nach Hause und komme
175		sonntagabends wieder, weil ich wusste, er ist da wirklich sehr gut
176		aufgehoben. Sonst hätte ich es nicht gemacht.
177	<b>I:</b>	Und das hat so lange gedauert, bis er dann medikamentös eingestellt war.
178	<b>B:</b>	Er ist immer noch nicht eingestellt. Also, wir waren fast drei Jahre da. Ich
179		weiß, dass wir 2006 für 271 Tage im Krankenhaus warten. Überall und so
180		ging das eigentlich ich denke drei Jahre und dann wurde es besser. Die Anfälle
181		wurden nicht besser, aber wir haben gesagt es hilft nichts. Wir können im
182		Krankenhaus wohnen, aber das hilft uns nichts. Dann haben wir das so
183		akzeptiert wie das ist und man wächst in die Sache hinein. Man lernt damit
184		umzugehen.
185	<b>I:</b>	Was hat man dann für Diagnosen gestellt?
186	<b>B:</b>	Die Diagnose kam am 23. Dezember 2005 an der Uniklinik X von dem
187		Professor. Ja, das Kind hat Lennox-Gastaut <sup>42</sup> . Sie können dann erst einmal
188		nach Hause fahren. Und für mich war das so, ich wusste, was das heißt. Es ist
189		eine der schlimmsten Epilepsien die es halt gibt, die Kinder entwickeln sich
190		nicht nach vorne, die gehen immer weiter zurück. Das ist bei unserem
191		Pflegesohn fast nicht mehr möglich und dann bin ich dann nach Hause
192		gefahren, mit einem blassen Kind, das gerade wieder einen Sturzanfall hatte,

<sup>42</sup> Das Lennox-Gastaut-Syndrom ist eine der am schwersten behandelbaren Epilepsien im Kindesalter.



193		vollgedröhnt mit Cortison und ich voll am Ende. Und durfte im Januar dann
194		wieder kommen. Wir waren dann vom 23. Dezember bis zum 7. Januar dann
195		doch mal zu Hause.
196	<b>I:</b>	Das erste Mal fast richtig?
197	<b>B:</b>	Ja genau, wir waren fast nie hier. Das war eine extreme Belastung für die Ehe.
198		Extrem, also nicht jeder macht das mit. da haben wir wirklich Glück, dass wir
199		vorher schon so lange zusammen waren und nicht mehr ganz jung waren. Ich
200		denke so mit Anfang Mitte zwanzig da packt man das nicht. Das packt man
201		nicht. Und die Unterstützung in der Klinik..
202	<b>I:</b>	Hatten Sie da auch Kontakt mit anderen Eltern?
203	<b>B:</b>	Ja, Kontakt mit anderen Eltern, der immer noch ist, obwohl ich schon vier
204		Jahre nicht mehr in X war. Das bleibt einfach. Das ist einfach schön. Und man
205		wächst wie gesagt in die Sache auch so hinein, dass man das gar nicht mehr
206		als so extrem empfindet. Wenn man mal mit anderen spricht, die sagen das
207		würden sie nie packen. Für mich ist das mein Alltag.
208	<b>I:</b>	Die Wahl hat man ja letzten Endes nicht.
209	<b>B:</b>	Genau. Für mich gab es nie die Sache, dass ich sage, ich gebe ihn wieder her.
210		Nie.
211	<b>I:</b>	Gibt es noch zusätzliche Diagnosen.
212	<b>B:</b>	Es hängt ganz viel dran. Natürlich, seine Leberwerte waren von Anfang an
213		sehr schlecht. Wahrscheinlich durch den Alkohol- oder Drogenmissbrauch
214		der Mutter, sodass wir mit vielen Medikamenten mit denen wir geliebäugelt
215		hatten, ja die konnten wir nicht nehmen. Weil die Leberwerte sowieso schon
216		schlecht waren. Das ist so. Er hat auch keine Gallenblase. Es kam so eins nach
217		dem anderen und Gott sei Dank sehr langsam auf uns zu. Auch das das mit
218		dem Gehör nichts so funktioniert. Das kam alles in Etappen glücklicherweise,
219		denn so auf einen Schlag hätte ich das nicht gebrauchen können. Und jetzt ist
220		es so, dass wir ihn so akzeptieren, wie er ist. Und ich wirklich nur noch mit
221		ihm ins Krankenhaus fahre und Routineuntersuchungen machen lasse oder
222		wenn es jetzt ganz schlimm ist, mit einer Lungenentzündung. Aber nicht mehr
223		wegen Einstellung oder so, dass ist vorbei. Er ist so, wie er ist.
224	<b>I:</b>	Lungenentzündung, kommt das schon regelmäßig vor.
225	<b>B:</b>	Nein, jetzt nicht mehr. Er hat fast eineinhalb Jahre Cortison bekommen.
226		Langzeittherapie. Und da war er so geschwächt, dass er ständig
227		Lungenentzündungen hatte. Und das war nicht ganz einfach. Aber das ist jetzt
228		vorbei. Wir nehmen kein Cortison mehr. Da weigere ich mich. Das Kind hat
229		zehn bis zwölf Stunden am Tag geschrien. Das mache ich nicht wieder. Da
230		kann mir jeder auch erzählen, nein das ist nicht so schlimm. Nein, Cortison
231		nicht wieder.
232	<b>I:</b>	Und ist er ansonsten medikamentös eingestellt?
233	<b>B:</b>	Er hat eine Dreierkombi Epilepsiemedikamente, aber ob sie nun wirken. Ich
234		traue mich nicht, sie rauszunehmen, weil bei jeder kleinen Änderung wird
235		alles noch schlimmer und deshalb lassen wir das eigentlich so, wie es ist. und
236		er hat einen Vagusnervstimulator <sup>43</sup> , also so einen Schrittmacher für das
		Gehirn.
237	<b>I:</b>	Wann hat er den bekommen?
238	<b>B:</b>	2010 im November. Er hat jetzt schon den zweiten. Und das hat bewirkt, dass
239		er ruhig und zufrieden ist. das ist schön, für ihn und für uns. Das hat alles
240		entspannt. Er schläft wieder und er ist immer zufrieden. Und nicht mehr jeden

<sup>43</sup> Die Vagusnervstimulation ist eine Möglichkeit der Epilepsiebehandlung. Die Behandlung erfolgt durch die Stimulation des Vagusnervs.

241		Tag schreien. Also, irgendwie tut ihm das gut und alleine deswegen war es
242		schon für uns ein Erfolg. Und ich würde es jeden raten. Das ist ein kleiner
243		Eingriff mit riesengroßer Wirkung.
244	<b>I:</b>	War Ihr Pflegesohn auch in einer Kindertagesstätte oder einer anderen
245		Einrichtung?
246	<b>B:</b>	Ja, gleich. Lebenshilfe, heilpädagogischer Kindergarten, da war er dreieinhalb
247		Jahre. Er konnte nur durch das Cortison gar nicht so oft hingehen. Also das
248		eine Jahr konnte man fast vergessen, weil er doch immer krank war. Aber das
249		war okay. Das war ein heilpädagogischer Kindergarten. Sieben Kinder, drei
250		Betreuer, das hat zumindest uns gut getan als Eltern, ihn da morgens mal für
251		vier Stunden abzugeben. Und er war unter Kindern. Manchmal habe ich das
252		Gefühl, er braucht die Kinder ringsherum, aber die Kinder interessieren ihn
253		auch nicht. Aber ich habe immer das Gefühl, er fühlt sich wohl wenn
254		rundherum etwas herumwuschelt, auch wenn er nicht mitspielt. Doch das
255		war schon gut.
256	<b>I:</b>	Noch eine kurze Nachfrage nach den Ursachen. Sie haben ja kurz den Abusus
257		der Mutter angesprochen.
258	<b>B:</b>	Wissen wir auch nicht. Dadurch das der Vater auch als unbekannt genannt
259		wird, deshalb war mir auch so wichtig das die Mutter weiß, sie kriegt da ein
260		Kind nach dem anderen, damit sie weiß es kann auch eine Erbkrankheit sein,
261		die von ihr kommt. Aber es scheint sie nicht zu interessieren. Aber es war halt
262		mir wichtig, dass sie es weiß. Es ist hauptsächlich eine Krankheit die Jungen
263		betrifft, zu 95%. Und es gibt auch eine genetische Komponente. Es ist auch so
264		ein Faktor, es kann natürlich sein, dass sie die Krankheit in ihrer Familie und
265		sie hat gewusst, auch du Schande, was kommt da auf mich zu. Man weiß es
266		natürlich nicht. Er hat so ein bisschen Pech gehabt, dass er die Krankheit so
267		früh bekommen hat. Eigentlich kriegen die Kinder das zwischen dem zweiten
268		und vierten Lebensjahr. Dann hat man die Chance dass wenigsten der Anfang
269		der Sprache da ist, das Laufen und das hat er eben alles nicht, weil alles viel zu
270		früh war.
271	<b>I:</b>	Kann man sagen, dass es bei ihm so zwischen dem 15. und 16. Lebensmonat
272		aufgetreten ist?
273	<b>B:</b>	Also ich denke schon früher. Meine Vermutung ist, da ich an die alten
274		Arztberichte gekommen bin, dass er das schon an seinem ersten Geburtstag
275		hatte, da war er schon im Krankenhaus. Und warum schickt man ein Kind mit
276		Verdacht auf Epilepsie ins Krankenhaus, stellt dann nichts fest, dass ist ja
277		auch schon komisch. er hatte Fieber beim EEG. Er hat immer ein Status-EEG.
278		Wir hatten ihn auch schon einmal mit Fieber im EEG und da hatte er ein
279		sauberes EGG. Wenn er fiebert funktioniert sein Gehirn einwandfrei. Dann
280		haben wir versucht mit Medikamenten die Körpertemperatur um 0,3 Grad
281		anzuheben. Das reicht aber nicht aus. Man kann ihn nicht ständig mit Fieber
282		leben lassen. Ja, wenn das ginge, dann wäre mein Kind anfallsfrei. Jetzt liegt
283		die Temperatur immer bei 37,3 oder 37,5, das ist normal. Das machen die
284		Medikamente.
285	<b>I:</b>	Wenn Ihr Sohn einen Anfall hat, wie kann man das beobachten?
286	<b>B:</b>	Also die schlimmen Anfälle dauern drei Minuten mit allem was dazu gehört.
287		Er ist blau, er atmet nicht.
288	<b>I:</b>	Geben Sie da Notfallmedikamente?
289	<b>B:</b>	Nicht mehr. Weil dann müsste ich es jeden Tag dreimal geben, am Anfang
290		natürlich. Ich verstehe auch dass unsere Betreuer es geben, ich lege es
291		natürlich immer her. Aber ich kann ihn dreimal am Tag abschießen, die
292		Abfälle hören auf, ich kann es abschätzen, das ist wichtig. Und dieses

293		Medikament, ob es Diazepam ist oder sonst etwas, es bringt ihn komplett
294		durcheinander. Und es stoppt weder den Anfall noch die Dauer zwischen den
295		Anfällen. Alles ausprobiert.
296	<b>I:</b>	Hat er auch kleinere Anfälle?
297	<b>B:</b>	Ja, ganz viele, manchmal nicht zu zählen. Die kleinen sind manchmal auch bis
298		zu zehn Sekunden. Dann macht er ganz normal weiter. Das ist dann ganz kurz,
299		dass er sich so ein bisschen besinnt. Manchmal lacht er auch. Lachanfänge, die
300		hören nicht wieder auf. Dann lacht er eine ganze Stunde. Wenn er sonst auch
301		nicht lacht. Also wir haben eigentlich alle. Am Schlimmsten finde ich halt diese
302		Sturzanfälle, die man überhaupt nicht kontrollieren kann. Wo schon Zähne
303		ausgeschlagen sind. Die kommen so plötzlich mit so einer Wucht. Ich sehe es
304		ja vorher nicht. Ich kann ihn ja nicht fest binden. Er hat jetzt einen Helm. Ich
305		habe die Stirn, den Stirnschutz so verbreitern lassen, dass er eigentlich fast
306		nichts mehr treffen kann. Und trotzdem hat er die Lippe aufgeschlagen
307		neulich. Die Verletzungsgefahr ist ganz groß, das ist unsere Hauptbelastung.
308		Das macht manchmal Angst. Wir haben keinen Tisch im Wohnzimmer, nur
309		Kissen, damit er sich bloß nicht verletzt. Man kann das einfach nicht stoppen.
310		Heute Morgen will ich ihn in den Treppenlift heben und er hat dann diesen
311		Nickanfall und die Nickanfänge früher waren halt leicht. Heute sind die
312		knallhart und dann knallte er heute früh gegen meine Brust, ich dachte er
313		bricht mir das Schlüsselbein. Also, das ist das Schlimmste.
314	<b>I:</b>	Das heißt, er bewegt sich schon auch von sich aus fort.
315	<b>B:</b>	Er ist im Rollstuhl, er kann nicht gut genug laufen. Mit Hilfe kann er schon
316		laufen und auch alleine mal drei vier Schritte, aber das ist auch alles. Und er
317		lässt sich aus dem Stand fallen, sodass ich ihn draußen gar nicht laufen lassen
318		kann. Im Sommer mal kurz im Gras, aber ansonsten nicht. Er konnte, als er
319		eineinhalb war, da konnte er alleine helfen. Das haben wir damals gefilmt, da
320		lief er ganz normal draußen. Und dann ging es halt los, die Anfälle und dann
321		ist er auch frontal irgendwo dagegen gelaufen, ohne dass er es
322		wahrgenommen hat. Erst dachten wir, er kann nicht sehen. Dann waren wir in
323		der Sehschule. Und dann haben wir gedacht, er kann nicht hören. Also diese
324		ständigen Krankenhausaufenthalte. Und dann braucht man immer einen, der
325		einen fährt, denn alleine auf der Autobahn mit einem Epileptiker, das geht gar
326		nicht. Und grad jetzt, wenn Krankenhausaufenthalte anstehen, er kann ja in
327		keinem normalen Bett schlafen, er kann nur diese Gitterbetten haben. Da
328		haben wir jetzt im Krankenhaus schon Pech, da passt er nämlich nicht mehr
329		rein. Und dann wird es schon schwierig. wir haben das jetzt in X gehabt im
330		April, ein normales Pflegebett, das geht nicht. Also haben wir ihn in das ein
331		Meter vierzig Gitterbett reingelegt, nur damit er sicher ist. wir haben zu
332		Hause so ein großes mit Rundumgitter, kann ich hoch und runter fahren, das
333		ist ganz toll.
334	<b>I:</b>	Wie ist die Zusammenarbeit mit der Pflegekasse?
335	<b>B:</b>	Jetzt gut. Wir haben jetzt Pflegestufe drei plus Härtefall, seitdem klappt das.
336		Wir hatten am Anfang ganz viele Schwierigkeiten, weil man ihm mit zwei
337		Jahren die Krankheit nicht angesehen hat. Da hat man diesen Aufwand nicht
338		gesehen, den wir hier betreiben, auch nachts. Da gab es Probleme. Jetzt nicht
339		mehr. Jetzt ist eigentlich, egal was ist, klappt es. Ich bin aber auch nicht so
340		anspruchsvoll. Es gibt ja Eltern, die müssen alles neu haben, die müssen alles
341		doppelt haben. Mir reicht ein gebrauchter Therapiestuhl. Es muss
342		funktionieren und dann bin ich schon zufrieden. Ich brauche nicht so viel. Es
343		muss halt funktionieren. Dann bin ich glücklich. Man wollte uns den Helm
344		zwar jetzt nicht genehmigen, da bin ich dann auf die Barrikaden gegangen.
345		Das geht nicht. Das ist lebenswichtig. Er hat zwölf Stunden am Tag diesen

346		Helm auf und ohne den Helm überlebt er nicht. Die Gefahr ist einfach viel zu
347		groß. Man muss da ja auch klar machen, dass man zu Hause alles was man
348		ändern kann auch ändert, aber man kann ja nirgends hinziehen, wo es keine
349		Verletzungsgefahr gibt. Klar, wenn wir das Geld hätten, dann würden wir neu
350		bauen, dann wäre alles anders, alles ebene Erde und alles behindertengerecht
351		mit Therapieraum, aber das Geld haben wir leider nicht. Also müssen wir mit
352		dem zufrieden sein, was wir haben. Wir haben unser Bad umgebaut,
353		behindertengerecht. Vorletztes Jahr. Auch ohne Zuschuss des Jugendamtes.
354		Weil die gesagt haben, das Bad was wir vorher hatten, dass hätten wir nur
355		ändern müssen, dann wäre es auch gegangen. Geht aber leider nicht. Was
356		haben sie noch gesagt. Wenn wir die einfachsten Fliesen genommen hätten
357		für Fußboden und Wand, dann wären wir ja mit dem Geld der Krankenkasse,
358		diese zweitausendfünfhundertnochwas ausgekommen. Ich hatte aber vorher
359		schöne Fliesen, also ich will keine weißen Kacheln haben, wollte ich nicht. Ich
360		wollte ja auch nicht, dass sie es bezahlen, ich wollte nur eine Anerkennung
361		haben. Ich wollte eigentlich nur ganz genau Tausend Euro haben für die
362		Duschkabine, die wir jetzt haben. Das wollte ich haben und mehr nicht. Das
363		andere haben wir bezahlt. Aber das haben sie auch nicht bezahlt. Wir haben
364		wirklich nur ein kleines Badezimmer, dadurch konnten wir nicht viel machen
365		und mussten die Wanne rausreißen. Jetzt haben wir eine große Dusche drin,
366		dass er mit seinem Duschstuhl rein kann und ich damit stehen kann. Ich hätte
367		die Badewanne gerne drin gelassen. Das haben wir auch schon damals für ihn
368		gemacht. Und da hätten sie ja wenigstens sagen können, einen Teil geben wir
369		dazu. Wenn die mal ein bisschen nachdenken würden, ich verstehe es nicht.
370		Die sollen doch froh sein, dass sie Pflegeeltern haben die das machen. Oder
371		wollen die lieber die sechstausend Euro für eine Einrichtung bezahlen. Ich sag
372		ja, ich will es gerne machen, so lange ich es kann. Aber eine Anerkennung,
373		einfach nur, das hätte mir schon gereicht. Aber nein.
374	<b>I:</b>	Das ist enttäuschend.
375	<b>B:</b>	Das ist megaenttäuschend.
376	<b>I:</b>	Neben all den anderen Kämpfen, die man ja sonst auch noch führt.
377	<b>B:</b>	Das ist richtig enttäuschend.
378	<b>I:</b>	Da kann ich gar nicht viel dazu sagen. Das ist ja auch alles nicht mit Geld zu
379		deckeln.
380	<b>B:</b>	Ja, ich kann nicht arbeiten. Gut, ich habe jetzt das Glück dass der Anteil zur
381		Rentenversicherung zahlt, sonst wäre ich ja ganz arm dran, das wäre ja ganz
382		bitter. Welcher Arbeitgeber stellt mich denn ein, wenn ich sage also es tut mir
383		leid, aber alle Ferien brauche ich erst einmal frei und er ist auch oft krank und
384		einmal die Wochen müssen wir noch zum Arzt. Das kann ich so gut wie
385		vergessen. Und natürlich bin ich psychisch auch ein bisschen angegriffen. Das
386		ist auch nicht mehr, zehn Jahre Belastung, dass lässt sich nicht wegwischen.
387		Das bleibt.
388	<b>I:</b>	Da machen Sie echt eine ganz tolle Sache. Und Sie machen das nicht nur, Sie
389		leben das auch. Schade, dass ich ihn gar nicht persönlich kennenlerne.
390		Ich möchte jetzt gerne so ein Stück auf das Thema Elternschaft eingehen. Ich
391		habe Sie ja schon befragt, wie es zum Zeitpunkt der Aufnahme war und ich
392		glaube ich muss auch gar nicht fragen, ob Sie sich als seine Mutter sehen.
393	<b>B:</b>	Ja, eigentlich von Anfang an. Das war nie fremd. Ich habe auch erst gedacht,
394		vielleicht ist das komisch, das war nie fremd und das ist auch so geblieben.
395		Und er sabbert ja extrem und er ist ja eigentlich ein fremdes Kind. Und früher
396		dachte ich immer, das muss ich nicht so haben, aber bei ihm war das nie so.
397		also für mich war das immer normal. Und ich denke für meinen Mann auch.
398		Das ist heute auch noch so, dass beide ihre Knuddelzeit haben sonntags, da

399		sitzt er auf Knien, guckt ihn an und zack ist er dann auf seinem Schoß. Das
400		braucht er. Das ist immer. Er war von Anfang an unser. Dadurch dass es dann
401		in die Pflege umgewandelt wurde und es hieß es ist Auskunftssperre und der
402		Mutter hat man alles entzogen, war es dann auch für mich so ein Stück
403		Sicherheit.
404	<b>I:</b>	Denken Sie, dass das Thema Behinderung dabei eine Rolle gespielt hat.
405	<b>B:</b>	(Pause) Ich glaube das wäre bei jedem anderen Kind mit 15 Monaten auch so
406		gewesen. Da wäre kein Unterschied gewesen. Glaube ich jetzt. Nur ich denke
407		die Bindung ist, dadurch das wir wirklich Tag und Nacht zusammen waren
408		und diese Krankheit eben auch. Ich denke, wenn ich ein Pflegekind jetzt auch
409		zehn Jahre hätte, was gesund ist, da wäre die Bindung auch da, aber ich
410		könnte eher loslassen. Das denke ich schon. Aber er, er kann nicht sprechen,
411		er kann niemanden sagen was ihm weh tut. Ohne mich geht es einfach nicht.
412		Ich verstehe ihn ohne Worte. Das ist es. Auch wenn es manchmal schwer ist.
413		das kann man nicht. Ich bin auch manchmal am Ende und möchte einfach
414		weg, aber das bringt ja nichts.
415	<b>I:</b>	Was denken Sie denn, wenn ich Sie fragen würde was er für eine Bindung zu
416		Ihnen hat? Er zeigt es ja ganz anders.
417	<b>B:</b>	Früher hätte ich gedacht, die Bindung ist extrem. Heute weiß ich es nicht.
418		Ganz ehrlich. Ich war im April fünf Wochen in der Reha und konnte es nach
419		drei Wochen nicht mehr aushalten und habe ihn besucht und er hat die Augen
420		zugemacht, als ob er sagen will ich kann es jetzt nicht fassen. Das ist für mich
421		zu viel. Er konnte es nicht verarbeiten. Er hat einfach die Augen zugemacht.
422		Deshalb weiß ich nicht, ich weiß es einfach nicht. Er zeigt es ja nicht. Er kann
423		ja sowas nicht zeigen. Keine Emotionen, er zeigt es nicht. Es macht manchmal
424		die Sache leichter, ihn die fünf Wochen abzugeben, aber es macht es auch
425		schwer, wenn man dann auf das Kind zugeht und es kommt halt nichts, weil er
426		es nicht kann. Weil das würde ihn total überfordern. (Pause) Jetzt werde ich
427		versuchen mit privat zu Hause mehr Hilfe zu holen.
428	<b>I:</b>	Das ist ja auch gar nicht so leicht, die passenden Menschen zu finden.
429	<b>B:</b>	Okay, da habe ich jetzt Glück, auch immer wieder neue. Im Moment bin ich
430		ganz zufrieden. Die abends auch kommen können. Aber Kurzzeitpflege in
431		einer Einrichtung ist schwer zu kriegen und wir sind enttäuscht, wie manches
432		so gelaufen ist. das möchte ich ihm nicht wieder zumuten. Da habe ich ein
433		ganz schlechtes Gewissen. Was wir machen, wir fahren ein bis zweimal ins
434		Kinderhospiz. Und da lassen wir ihn demnächst ein paar Tage. Das erste Mal
435		nach zehn Jahren Urlaub. Aber ich habe ein gutes Gefühl. Ich weiß er ist gut
436		aufgehoben und gut betreut und es läuft gut. Und sie hören auf das, was die
437		Eltern sagen und so wird es dann auch gemacht. Und es ist rund um die Uhr
438		jemand für ihn zuständig. Alleine für ihn zuständig. Und das ist mir wichtig, so
439		ein bisschen wie zu Hause.
440	<b>I:</b>	Und Sie haben dann endlich mal Zeit.
441	<b>B:</b>	Wir fahren endlich mal in den Urlaub. Nach zehn Jahren, ich kann es noch
442		nicht glauben. Und ich glaube das auch erst, wenn ich da bin.
443	<b>I:</b>	Das Thema Urlaub ist sicher auch nicht so leicht umzusetzen?
444	<b>B:</b>	Ja, wir waren mit ihm in X, in einer Ferienwohnung des Kinderhospizes, weil
445		die behindertengerecht ist, aber wenn man Regen hat ist das mit Rolli echt
446		blöd. Aber er findet es auch blöd, er mag da eigentlich nicht sein. Wenn wir
447		ankommen habe ich das Gefühl, er mag es nicht. Nein, nie wieder. Ansonsten
448		sind die Möglichkeiten sehr eingeschränkt, durch das Bett alleine schon. Das
449		ist schwer und Kur mit ihm, nein. (Pause)
450	<b>I:</b>	Was verstehen Sie persönlich unter Elternschaft, was bedeutet es für Sie

451		Mutter zu sein?
452	<b>B:</b>	In unserem Fall eigentlich, dem Kind Liebe geben und in seinem Leben, für
453		sein Leben die Freiheit zu geben, die er braucht. Das heißt in unserem Fall
454		auch, die Bewegungsfreiheit, die er braucht. Und wir schränken uns ein
455		bisschen für ihn ein, das ist so. das ist eigentlich alles. Weil Erziehung, das
456		kann ich gar nicht leisten. Das kann ich nur durch Liebe und durch Zeit bieten.
457		Der normale Tagesablauf der bei uns ist, extrem geregelt ist. wo ich auch
458		darauf bestehe, dass der eingehalten wird, weil das auch für ihn zu wichtig ist.
459		Alles was anders ist bringt ihn durcheinander. Immer das gleiche, auch am
460		Wochenende. Wir sind immer hier. Das geht nicht anders und wenn macht
461		man es sich noch schwerer.
462	<b>I:</b>	Gibt es auch außerhalb der Schule Kontakte für ihn?
463	<b>B:</b>	Für ihn wenig. Weil es gar nicht so möglich ist. es gibt natürlich die offenen
464		Hilfen, aber es ist für ihn nichts. Ich hole ihn schlechter wieder. Geräusche
465		bringen ihn komplett durcheinander. Wenn ein Kind kreischt, dann krampft
466		er. Es bringt einfach nichts. Auch wenn man es gerne mal möchte. Für mich
467		selbst habe ich Kontakte, aber für ihn ist das ganz schwierig. man möchte
468		schon gerne Ferienbetreuung, aber es funktioniert leider nicht, wie man das
469		möchte.
470	<b>I:</b>	Was haben Sie für einen Eindruck, fühlen Sie sich manchmal dann auch
471		ausgegrenzt?
472	<b>B:</b>	Nein, überhaupt nicht. Das ist dann schon meine Sache. Die versuchen alle
473		wirklich ihr Bestes, alle. Aber manches geht mit ihm einfach nicht. Die
474		Lautstärke, das Umfeld, er kommt halt damit nicht zurecht. Das ist in der
475		Schule auch ganz schwer. Das ist nicht so toll. Aber ausgegrenzt fühle ich mich
476		nicht. In der Schule klappt es. dadurch dass seine Assistenz auch darauf
477		achtet, aber ausgegrenzt fühlen wir uns nicht. Aber ich fühle mich anders,
478		wenn ich mit ihm durch die Straße gehe. Und die Mamas mit gesunden
479		Kindern sehe. Die schimpfen mit ihren Kindern wegen Kleinigkeiten und ich
480		denke nur, Mensch Leute ihr habt doch überhaupt kein Problem. Das ist schon
481		manchmal so, dass ich mich genervt fühle.
482	<b>I:</b>	Haben Sie da manchmal auch Bilder, wie es sein könnte, wenn es anders
483		wäre?
484	<b>B:</b>	Nein, ich würde nur manchen gerne mal zu uns einladen, eine Woche oder
485		zwei. Einmal zum Tagesablauf angucken kommen und ich glaube dann
486		schimpfen die nicht mehr viel, weil ihr Kind nicht die Schuhe anziehen will.
487		Auch sind alle so gestresst.
488	<b>I:</b>	Gibt es noch etwas, dass wir nicht thematisiert haben?
489		Gab es Krisen, von denen Sie berichten möchten?
490	<b>B:</b>	Die Steine die einem in den Weg gelegt werden, die kommen immer von
491		außerhalb. Ob Jugendamt, Krankenkasse, Sozialamt für Schulassistent. Das ist
492		wirklich das, was es einem echt schwer macht. Wir haben jetzt zum Glück eine
493		gute Anwältin, weil ich keine Lust mehr habe zu diskutieren, warum das Kind
494		eine Schulassistent braucht oder überhaupt in die Schule gehen muss. Jedes
495		Jahr aufs Neue.
496	<b>I:</b>	Es ist oft bei den anderen gar keine Vorstellung vorhanden.
497	<b>B:</b>	Genau. Und es gibt kaum Betreuungsmöglichkeiten. Das ist ganz schwer. Das
498		ist manches Mal so meine Krise.
499	<b>I:</b>	Dann danke ich Ihnen für das Gespräch.
500	<b>B:</b>	Bitte.

## Transkribiertes Interview 7: Familie G.

01	<b>I:</b>	Ich freue mich sehr, dass ich bei Ihnen sein und kann und Sie mir die
02		Möglichkeit gegeben haben. Dann können wir auch gleich starten. Ich werde
03		die Aufnahmeprotokolle nach geltenden Datenschutzgesetzen behandeln. Es
04		werden keine personenbezogenen Daten weitergegeben oder veröffentlicht.
05		Alles Daten und alle Angaben aus denen Rückschlüsse auf Ihre Person oder
06		auf die Person Ihres Pflegekindes gezogen werden können, werden
07		anonymisiert und bei der Wiedergabe anonym behandelt.
08	<b>B:</b>	Ja, das ist wichtig, das ist doch alles sehr klein hier.
09	<b>I:</b>	Alle Fragen die ich jetzt im Rahmen dieses Interviews an Sie richten habe ich
10		ihn einem Leitfaden festgehalten. Der Leitfaden unterstützt den
11		Gesprächsverlauf. Es werden aber nicht alle Fragen schematisch nach-
12		einander abgearbeitet. Wenn es noch weitere Aspekte gibt, die wir
13		ausführlicher besprechen wollen, können wir das jederzeit tun.
14		Sie sind ja schon seit vielen Jahren Pflegemutter. Vielleicht können Sie
15		da ein wenig anfangen zu erzählen.
16	<b>B:</b>	Ich bin seit 1997 offizielle Pflegemutter. 1995 habe ich angefangen und habe
17		Kurzzeitpflege gemacht und 1997 kam mein erstes Pflegekind dann ins Haus.
18		Und entschlossen haben wir uns dazu, wir haben eine leibliche Tochter, und
19		ich hatte eine sehr sehr schwere Geburt und wir wollten gerne ein zweites
20		Kind. Da haben wir uns überlegt, wenn nicht ein eigenes, warum kann nicht
21		auch ein anderes dann bei uns groß werden. Und so sind wir dann zu einem
22		Pflegekind gekommen. Allerdings ein anderes, wie wir uns das vorgestellt
23		hatten. Wir wollten eigentlich ein Mädchen im Einschulungsalter und haben
24		dann einen elf Monate alten Jungen bekommen. Wir sind da sehr blauäugig in
25		die Sache herein gerutscht. Man hat mir damals gesagt, (Pause) ach er ist
26		nicht so schwer geschädigt, weil seine Mutter ist ja noch sehr jung. Da habe
27		ich nicht begriffen, was die da meinen. Und erst in seinem Einschulungsalter
28		habe ich dann begriffen, auf einer Fortbildung über das Fetale
29		Alkoholsyndrom, habe ich eigentlich begriffen, was mein Sohn hatte. Und so
30		lernten wir dann mit FAS zu leben.
31	<b>I:</b>	Sie haben dann ja noch weitere Pflegekinder aufgenommen.
32	<b>B:</b>	Ich habe mich dann von meinem Mann getrennt und bin dann hierher
33		gezogen und habe dann als Notaufnahme angefangen und habe im Rahmen
34		dessen sehr viele Pflegekinder gehabt. Ich glaube 42 in den acht, neun Jahren.
35		Und zum Schluss habe ich dann einige behalten.
36	<b>I:</b>	Ich bin ja heute hier um mit Ihnen über die eine Pflegetochter zu sprechen.
37	<b>B:</b>	Ja.
38	<b>I:</b>	Wie alte waren Sie selber zum Aufnahmezeitpunkt Ihrer Pflegetochter?
39	<b>B:</b>	50.
40	<b>I:</b>	Und wie alt war Ihr Partner?
41	<b>B:</b>	Ich war alleinerziehend. Und habe dann meinen jetzigen Partner 2000
42		wiedergetroffen. Aber auch alleinerziehend hatte ich damals die Möglichkeit,
43		drei Pflegekinder zu behalten aus der Notaufnahme. Wovon dann zwei geistig
44		behindert waren und einen Säugling. Die eine ist jetzt schon im betreuten
45		Wohnen und die kleine, um die es ja jetzt hier geht, die wohnt seit 2008 jetzt
46		bei uns, kam mit sieben Jahren hierher und war damals in einem
47		Sprachheilinternat. Weil sie massive Sprachprobleme hatte. Und wir konnten
48		sie nicht verstehen.
49	<b>I:</b>	Sie leben ja jetzt wieder in einer Partnerschaft.

50	<b>B:</b>	Ja, in einer Partnerschaft mit zwei Kindern, die bei uns leben. Und mein
51		Partner hat noch zwei Kinder, die leben aber nicht bei uns.
52	<b>I:</b>	Und ist Ihr Partner berufstätig?
53	<b>B:</b>	Ja, der ist Landwirt. Und ich mache die Pflegekinder und das Kleinvieh hier
54		auf dem Hof. (lacht) Und Garten und Hof und was weiß ich, also es ist eine
55		Menge Arbeit. Ich pflege nebenbei noch meine Eltern und wir leben hier mit
56		zwei Kindern, sechs und inzwischen 13, vollpubertär.
57	<b>I:</b>	Von wem ging denn der Wunsch damals aus, Ihre Pflege Tochter in die Familie
58		zu nehmen?
59	<b>B:</b>	Na von mir, ich war ja alleinerziehend, also von mir. Das war ein ruhiges,
60		niedliches Mädchen und ich hatte durch das vorherige Pflegekind ein
61		unheimlich gutes Gefühl dabei, dass ich Sie aufnahm und das Zusammenleben
62		mit einem behinderten Kind und mit genau diesem Mädchen das war
63		eigentlich ganz klasse. Es gibt sicher immer Höhen und Tiefen, aber unser
64		Zusammenleben war eigentlich ganz gut. Da sie anfangs ja noch im
65		Sprachinternat war und nur am Wochenende zu Hause habe ich Sie so richtig
66		hundertprozentig nicht kennen gelernt. Da war ich trotz meiner Routine und
67		trotz meiner jahrelangen Pflegeelternarbeit ein bisschen blauäugig. Dann
68		habe ich dann gesagt, gut okay. Dann kann sie hier bleiben und die Dame vom
69		Pflegekinderdienst hat mich dann immer wieder gefragt, sind Sie sich sicher,
70		dass wird eine schwierige Geschichte. Sind Sie sich sicher, dass Sie das wollen.
71		Ja, habe ich gesagt, natürlich. Das Beste was einem ja passieren kann ist ja
72		immer eine gute Zusammenarbeit mit den leiblichen Eltern und das ist ja
73		gegeben. Das mit dem Pflegekind das werde ich schon schaffen, aber die
74		Geschichte mit den Besuchskontakten und den leiblichen Eltern, das ist doch
75		schon die halbe Miete. Ja, also die hat mich immer sehr zweifelnd angeguckt
76		und im Nachhinein muss ich ihr auch recht geben, aber man gibt ja nicht auf.
77		Man beißt sich da durch, man lernt an seinen Fehlern, man wird immer
78		schlauwer und grauer. Und dann ist sie geblieben (die Pflege Tochter) und sie
79		wird auch bleiben. Inzwischen hat sie sich auch sehr verändert und ich denke
80		sie ist jetzt fast sechs Jahre hier, also Ende des nächsten Monats ist sie sechs
81		Jahre hier. Ich habe sie mir schon zurecht gebogen (lacht).
82	<b>I:</b>	Entsprach damals die Aufnahme Ihrer Pflege Tochter Ihren damaligen
83		Lebensentwürfen? Zu den Vorstellungen, die Sie vom Leben auch hatten?
84	<b>B:</b>	Ja.
85	<b>I:</b>	Waren zu dem Zeitpunkt noch andere Pflegekinder im Haushalt?
86	<b>B:</b>	Nein. Meine leibliche Tochter war noch da. Eine weitere Pflege Tochter und der
87		Pflegesohn und dann kam sie und dann ja noch das jüngste Pflegekind. Da
88		hatte ich dann fünf Kinder. Und das war meine Lebenssituation und dadurch
89		das ja dann meine Tochter auszog, die älteste Pflege Tochter ins betreute
90		Wohnen ging, der Pflegesohn in eine Einrichtung ging. Somit hatte ich dann ja
91		wiederum mehr Zeit, mich um mein Leben zu kümmern. Und habe dann
92		meinen Partner kennen gelernt, also wiedergetroffen und dann nach zwei
93		Jahren überlegt, jetzt können wir ja auch zusammen ziehen. Dann haben wir
94		hier umgebaut und als wie fertig waren mit umbauen sind dann seine Kinder
95		ausgezogen und jetzt sind wir hier nur noch mit zwei Kindern. Das ist fast
96		ungewohnt, aber es kann auch schön sein. Weil dann orientiert man sich
97		einfach um. Früher habe ich weniger an mich gedacht, sondern immer nur für
98		die Kinder gearbeitet und für die Kinder gemacht und wenig für mich
99		gemacht und heutzutage ist es so, dass ich mit meinem Lebensgefährten, im
100		Grund genommen sind wir zusammen und die Kinder laufen parallel. Als
101		mein Lebensmittelpunkt sich nicht mehr nur die Kinder. Und ich habe
102		gedacht, ja irgendwann muss ich auch einmal an mich denken.



103	<b>I:</b>	Das ist ja auch sehr wichtig.
104	<b>B:</b>	Ja und es passt.
105	<b>I:</b>	Wussten Sie, als Sie Ihre Pflege Tochter aufgenommen haben, dass sie eine
106		Behinderung hat?
107	<b>B:</b>	Ja und nein. Eine Behinderung ja. Sie hatte massive Sprachprobleme. Man
108		konnte sie gar nicht verstehen. Ihre ersten Worte waren Margarine und
109		Fleischsalat. Das wollte Sie essen und da Sie immer nur auf das zeigte, da habe
110		ich mir gesagt, so geht das nicht, sie ist nicht die ganze Woche im Internat,
111		wenn sie etwas haben will, da muss sie das auch sagen. Also zumindest
112		bemühen. Aber das große Problem bei ihr ist, wenn sie ihren Kopf anstrengen
113		soll, dann macht sie dicht. Da hat sie dann immer ein Theater gemacht und
114		durch meine langjährige Erfahrung habe ich mir dann gesagt, so mit dem
115		Theater kommst du nicht durch. Wenn du das nicht sagst, dann bekommst du
116		nichts zu essen. Und das hat sie ganz schnell dahin gebracht, auch Fleischsalat
117		zu sagen. So etwas ähnliches zumindest. Und das war ja nicht der Sinn der
118		Sache, dass sie das korrekt ausspricht. Sondern Sinn der Sache war ja, dass sie
119		das selber überlegt, wie spricht man es und etwas Ähnliches dazu gesagt. Sie
120		hat sich bemüht. Und das ist das, was ich sehen wollte. Und heute spricht sie
121		wesentlich besser. Man kann sie verstehen, sie vertauscht die Sätze, die
122		Artikel. Es gibt immer der Brot und das Tür, aber früher konnte sie nicht
123		ansatzweise lesen. Sie kam ja in die zweite Klasse, als sie zu mir kam. Ich
124		selber habe ja auch Haupt- und Grundschulpädagogik studiert und dachte, das
125		ist keine Ding. Dem Kind bringe ich das lesen bei. Aber ich bin verzweifelt und
126		dann habe ich auch gesagt, sie ist einfach so, wie sie ist. ich muss es
127		akzeptieren, dass sie einfach nicht lesen kann. Und habe sie dann, als es damit
128		anfang, dass die Förderschulen geschlossen werden sollten, die ersten
129		Diskussionen. Es gab ganz große Probleme in der Schule (Förderschule
130		Schwerpunkt Lernen), mit dem Lehrer. Sie hat dicht gemacht. Ich habe
131		versucht dem Lehrer zu erklären, aber der hat gefordert, dass sie das muss
132		und das sie das kann und das wird. Und somit hatte ich dann ein achtjähriges
133		Kind, das im Bett lag und über Bauschmerzen klagte und weinte, weil sie nicht
134		zur Schule wollte. Und da habe ich dann gedacht, das ist nicht das, was ich mir
135		für sie vorstelle und dachte, wenn das alles schon zu schwierig für sie ist,
136		dann gehen wir einen anderen Weg. Und habe dann einen Förderantrag für
137		die Förderschule Geistige Entwicklung gestellt. Sie ist dann überprüft wurden.
138		Und ich habe ganz böse Probleme in der Schule bekommen und bin ganz böse
139		beschimpft wurden und mir wurde vorgeworfen, dass ich das nur wegen des
140		Geldes machen würde. Weil man könnte ja dann auch Pflegestufe und sonst
141		etwas beantragen, da hatte ich ja noch nie drüber nachgedacht. Na ja gut, ich
142		habe das also durchgezogen mit Hilfe der Dame vom Pflegekinderdienst, die
143		mir also immer den Rücken gestärkt hat und immer dabei war, wenn es
144		irgendetwas Schwieriges in der Schule gab. Und wir sind dann aus diesem
145		Treffen der Förderkommission heraus gegangen und haben gesagt, gut das
146		war es wohl. Die Dame vom Pflegekinderdienst hat dann da die ganzen
147		Probleme von Melissa aufgezählt. Ich selber bin ja nun keine Sozialpädagogin.
148		Ich habe eigentlich da gar nicht so den Überblick, aber als ich gehört habe,
149		welche Probleme sie alles hat, habe ich gedacht mein Gott, was kommt da
150		auch mich zu, was habe ich da eigentlich angefangen und hab
151		glücklicherweise die ganzen Probleme ganz schnell wieder vergessen. Weil
152		das waren auch alles so Fachbegriffe, das waren viele, ganz viele. Und wir sind
153		beide raus gegangen und haben dann nur gesagt, gut das war es dann wohl,
154		weil die uns gar nicht für voll genommen haben. Die haben nur miteinander
155		gespaßt und rumgelacht und hatten sich wahrscheinlich auch vorher

156		rumgesprochen. Und dann kam kurz vor den Ferien, dann kam tatsächlich
157		doch das okay, das sie zur Förderschule <sup>44</sup> gehen kann. Also, da waren wir
158		allesamt unwahrscheinlich verwundert. Und dann ging sie zu dieser
159		Förderschule und ich hatte wieder ein glückliches Kind. Innerhalb eines
160		Jahres konnte sie sogar lesen. Sie geht jetzt in die achte Klasse, sie kann
161		fließend lesen, sie hat im letzten Jahr beim Lesewettbewerb mitgemacht. Sie
162		ist letztes Jahr mit zu den Special Olympics gefahren, sie voltigiert nämlich
163		noch nebenbei und hat dort den dritten Platz mit ihrer Kür belegt. Also, sie ein
164		tolles Mädchen geworden. Voll entwickelt, voll pubertär und nimmt seit einer
165		Woche die Pille. Und zwischendurch waren wir ja so sporadisch bei der
166		Humangenetik und dort haben wir dann, nachdem die Eltern auch endlich
167		mal da waren. Haben wir dann zu hören bekommen, dass sie doch ein FAS
168		Kind ist, anders als bei meinem Pflegesohn, aber doch FAS.
169	<b>I:</b>	Was wussten Sie denn, als Sie Ihre Pflegetochter aufgenommen haben? Was
170		wussten Sie denn da über sie? Über ihre Entwicklung, ihre Behinderung?
171	<b>B:</b>	Über ihre Behinderung wusste ich gar nichts. Mir wurde sie vorgestellt als ein
172		siebenjähriges Mädchen, dass in ein Sprachheilinternat geht, das zur L-Schule
173		geht, also eine Lernbehinderung hat und sonst nichts. Dass sie noch vier
174		Geschwister hat und aus einer Familie kommt, aus der Familie genommen
175		wurde, weil die kleinen Kinder immer ganz krank waren,
176		Erkältungskrankheiten hatten. Die hatten im Herbst, Winter kein Öl mehr und
177		das Haus war kalt und darum hat man die Kinder herausgenommen,
178		eigentlich sollten sie nur in Kurzzeitpflege. Eigentlich. Aber wie das so kommt.
179		Manchmal kommt es anders. Und aus der Kurzzeitpflege wurde dann eben die
180		Dauerpflege. Wobei das Sorgerecht immer noch bei den Eltern liegt. Es ist
181		kein Sorgerechtsstreit gewesen, das liegt noch bei den Eltern. Obwohl der
182		Vater die älteren Mädchen missbraucht hat. Das kam aber erst ein Jahr
183		danach heraus. Also sie selber hat mir das schon einmal relativ früh am
184		Anfang erzählt. Das Papa ihr was in den Mund gesteckt hatte und das
185		schmeckte ganz ekelig. Und da habe ich gesagt, wir saßen gerade beim
186		Abendbrot, dass wir das früher im Kindergarten auch gemacht haben, da
187		wurden einem die Augen verbunden und man musste das schmecken, was
188		man da probierte und ich musste Senf essen und das war fies. Und dann bin
189		ich in diesem Moment drüber weg gegangen. Aber als dann die nächste
190		Schwester dann so etwas erzählte, ist dann der Stein ins Rollen gekommen.
191		Und so kam eins zum anderen und mit einmal war das eine Riesensache und
192		wir haben dann das Jugendamt informiert, es ist aber nach wie vor so
193		geblieben. Das Sorgerecht liegt bei den Eltern. Inzwischen ist es so, dass die
194		Eltern sein Anfang des Jahres nicht mehr kommen. Die haben sich vor gut
195		einem Jahr getrennt. Die Scheidung ist beantragt, jeder hat einen neuen
196		Lebenspartner. Ein bisschen weiter weg und somit sind sie weg. Unsere
197		Pflegetochter ist supersauer. Von todtraurig und viel weinen ist sie jetzt
198		stinkesauer. Wie kann man fünf Kinder auf die Welt bringen und sich dann
199		nicht mehr kümmern. Wobei sie Papa schon längst abgehakt hat, weil sie
200		gemerkt hat, wie er sie anlügt. Und über Mama ist sie nun völlig entsetzt. Wie
201		kann man das? Sie sagt, sie liebt uns. Wenn man seine Kinder liebt, dann kann
202		man doch nicht kommen. Also das ist so ihr großes Problem im Moment. Und
203		wir haben jetzt letztes Wochenende Besuchskontakt gehabt mit ihrer
204		nächsten Schwester. Die haben wir jetzt drei Monate nicht gesehen und die
205		sehen sich auch nur alle drei Monate. Das einzige, was die Kinder besprochen
206		haben, hast du Mama gesehen? Nein, ich nicht. Und du? Nein, ich auch nicht.

<sup>44</sup> Förderschule Schwerpunkt geistige Entwicklung

207		Und dann haben wir von 13 bis 17 Uhr Besuchskontakt gehabt und das war
208		nur Gernerve. Die Kinder haben sich nichts mehr zu sagen. Das ist schlimm.
209		Das ist ganz schlimm. Gerade die Großen, die beiden Großen, die waren früher
210		ganz eng miteinander. Dass die so, überhaupt nicht mehr miteinander können
211		das habe ich jetzt nicht erwartet. Alleine vom Alter habe ich gedacht, die
212		können sich über Nagellack und Wimperntusche und über ich weiß es nicht
213		austauschen. Da kam nichts mehr. Gar nichts mehr. Das war nur Stress für
214		alle. Auch für uns Erwachsene. Weil wir immer wieder versucht haben zu
215		vermitteln. Also, das war nichts.
216	<b>I:</b>	Da bleibt ja auch die Frage offen, wie man das dann weiter gestaltet?
217	<b>B:</b>	Also, wir haben eine Mail an den Pflegekinderdienst geschrieben und die
218		sagen jetzt, dass es unter diesen Voraussetzungen nicht positiv für die Kinder
219		ist, dies in so einer negativen Erinnerung zu haben. (Pause)
220	<b>I:</b>	Welche Diagnose gibt es denn jetzt genau bei Ihrer Pflegetochter?
221	<b>B:</b>	FAS bestätigt mit massiven Sprachstörungen. Die geistige Behinderung haben
222		wir im SPZ feststellen lassen mit einem grenzwertigen IQ hin zur
223		Lernbehinderung.
224	<b>I:</b>	Und zu den Ursachen der Behinderung, was ist da noch bekannt?
225	<b>B:</b>	Klar beim FAS, aber wobei die Eltern selber. Wir haben ja nun die Eltern
226		regelmäßig gesehen. Wobei die Eltern nie alkoholisiert waren, aber die Eltern.
227		Aber sie, die Mutter, die sieht auch aus als hat sie eine Schädigung. Und ich
228		glaube das es FAS in der zweiten Generation ist. also, die Großeltern sind
229		ganzstarke Alkoholiker und die haben dann Kinder zur Welt gebracht. Und die
230		Mutter ist auch eine L-Schülerin gewesen. Aber vom Aussehen her kann man
231		FAS schon vermuten. Dann kommt der Vater dazu, auch ein Heimkind, auch
232		ein L-Schüler und das beides zusammen ergab dann fünf Kinder, wobei nun
233		unsere Pflgetochter geistig behindert ist. Das zweite Mädchen ist so ganz
234		anders. Und die drei danach sind alle immer mehr behindert. Aber so sind sie
235		nun, so haben wir sie und so nehmen wir sie auch an.
236	<b>I:</b>	Was denken Sie zur Pflegesituation in der Herkunftsfamilie? Waren da die
237		Eltern auch überfordert?
238	<b>B:</b>	Ja, völlig. Die hatten fünf Kinder in kurzer Zeit. Die gingen wie die
239		Orgelpfeifen. Da brannte das Licht bis tief in die Nacht, die Kinder konnten
240		rund um die Fernseher gucken und alles, die waren sowas fixiert auf
241		elektronische Sachen, das war schon nicht mehr normal. Bei ihr hat es sich
242		durch Bücher zum Glück ein wenig verschoben, aber sie anfangs so scharf. Die
243		hat als siebenjährige mit Babyspielzeug gespielt und hat immer nur drauf
244		gedrückt und diese Musik ablaufen lassen. Immer und immer wieder. Ganz
245		stereotype Sachen, die sie immer und immer wieder gemacht haben. Sie sind
246		früher mit dem Fernsehen eingeschlafen, sie sind damit aufgewacht, sie haben
247		keine Betten mehr gehabt und haben da geschlafen wo Musik oder etwas war.
248		Sie hatten keinen geregelten Tagesablauf mehr. Sie sind nicht in den
249		Kindergarten gekommen. Sie sind knapp zur Schule gekommen. Und wenn
250		keiner mit ihnen aufgestanden ist, dann ist der Bus weg gewesen. Das haben
251		sie alles nicht auf die Reihe bekommen und dann haben sie die Familienhilfe
252		bekommen und die hat bei einem Antrag, Harz IV oder Sozialhilfe, etwas
253		verkehrtes angekreuzt und so bekamen sie kein Geld für Öl und haben das
254		wohl nachträglich noch gemacht, aber sie hatten lange Zeit kein Öl und die
255		Kinder waren richtig krank. Und da hat man die Kinder heraus genommen.
256		Weil da war Gefahr in Verzug. Der Jüngste der war noch ganz klein, der war
257		ein Jahr alt, der war ganz schlimm dran.
258	<b>I:</b>	Möchten Sie zu den Eltern noch etwas ergänzen.

259	<b>B:</b>	Ja, dass ich ganz sauer bin. Denn die Geschwister leider, die leiden ganz
260		schlimm. Weniger, den Vater nicht mehr zu sehen, dass finden Sie nur
261		empörend. Aber was sie trifft, richtig trifft ist, das die Mutter nicht mehr
262		kommt. Das kann sie nicht nachvollziehen. Und dieses Thema haben wir fast
263		täglich, dieses man kann doch seine Kinder nicht alleine lassen. Und nun ist
264		sie ja nur einmal im Moment gekommen. Aber sie ist wenigstens gekommen.
265		Ich kann es auch nicht nachvollziehen. Beim letzten Telefongespräch hat sie
266		dann gesagt, ich komme dann im Oktober und da habe ich gesagt, du musst
267		mir auch versprechen, dass du kommst, sonst machen sich die Kinder
268		Hoffnung und dann hat sie plötzlich gesagt, dann komme ich im Januar. Ja,
269		was ist das denn? Dann wird sie ja weder im Oktober noch im Januar
270		kommen. Dann soll sie gar nicht kommen. Dann soll sie es sein lassen.
271		Vielleicht ist sie ja auch einfach vollkommen überfordert mit der Geschichte.
272		Ich kann mir das auch vorstellen. Und er sowieso. Er soll jetzt für zwei Jahre
273		ins Gefängnis, weil er seine Lebensgefährtin zusammengeschlagen hat und
274		auch noch jemand anders und da er Bewährung hatte, muss er jetzt wohl ins
275		Gefängnis. Somit sehen wir ihn ja auch zwei Jahre nicht. Aber sie wäre dann ja
276		wenigsten greifbar, aber ja, es ist schade, weil die Kinder wirklich drunter
277		leiden. Auf der anderen, seit dem Mama aus der ganzen Geschichte raus ist.
278		unsere Pflegetochter hatte die Mutter auch immer auf einem Sockel stehen
279		gehabt, die haben wir da auch immer stehen lassen, weil das wichtig ist. Unser
280		Verhältnis ist jetzt, seitdem die Mutter nicht mehr dabei ist und der Sockel so
281		gewackelt und sie da ganz schön runter gefallen ist. Unser Verhältnis ist
282		wesentlich besser geworden. Sie (unsere Pflegetochter) kämpft nicht mehr so
283		sehr, sie arrangiert sich mehr, sie lässt sich darauf ein und kommt auch
284		tatsächlich in dieser Familie an. Und sagt dies ist meine Familie. Sie ist
285		betroffen darüber, so entsetzt darüber, dass ein Mensch das mit seinen
286		Kindern machen kann. Und das erging unserer anderen Pflegetochter auch so
287		und das ist jetzt Thema und darüber unterhalten sie sich an. Warum Mütter
288		denn nicht mehr kommen und dann spielen sie die Geschichte nach mit den
289		Puppen. Und seit dem diese Geschichte hier wieder läuft, ist der
290		Puppenwagen wieder herausgeholt, die Puppen sind wieder da und die
291		Puppenklamotten und all sowas. Es ist wieder in Gebrauch. Und sie sagen
292		dann immer, man lernt ja und das muss man doch so machen, Mama? Das
293		muss man doch so machen, Mama.
294	<b>I:</b>	Sagen beide Kinder Mama zu Ihnen?
295	<b>B:</b>	Ja, beide. Also am Anfang nicht. Da hat sie (die große Pflegetochter) meinen
296		Vornamen gesagt. Dann stand sie oft morgens um vier an meinem Bett und
297		war wach, weil sie ja keine Zeiten kannte. Die sind ja nie ins Bett gegangen.
298		Und sie war dann aber wach. Ich aber nicht. Bei fünf Kindern ist man nicht
299		morgens um vier Uhr wach. Aber jetzt hat sie Struktur. Und dann war es ein
300		gutes Jahr, dass sie meinen Vornamen sagte und dann fing die Kleine (die
301		jüngere Pflegetochter) an zu sprechen und sagte dann Mama zu mir und dann
302		fragte sie, kann ich auch Mama zu dir sagen. Mein großer Pflegesohn sagte
303		dann, nein das darfst du nicht und ich habe dann irgendwann gesagt, ja du
304		darfst das auch sagen. Da sagte sie, ja und ich sage es nur zu Hause bei dir,
305		wenn ich zu Mama fahre, dann sage ich es nicht. Und wenn wir dann
306		Besuchskontakte hatten, sagte sie meinen Vornamen zu mir. Aber das hat
307		dann auch irgendwann nachgelassen und dann war es dann eben so. also
308		eineinhalb Jahre hat das schon gedauert und heute sowieso. Es geht ja
309		eigentlich relativ schnell, dass die Kinder das sagen. Bei meinen
310		Notaufnahmekindern habe ich dann immer gesagt, wenn sie mich gefragt
312		haben, ihr habt eine Familie, Mama und Papa, eine Kinder nicht. Das habe ich

313		also immer differenziert. Also da muss man immer auch ein bisschen
314		differenzieren, das gibt auch den anderen Kindern Sicherheit.
315	<b>I:</b>	Wenn Sie jetzt mal gedanklich zurückgehen und an die erste Begegnung mit
316		Ihrer Pflegetochter denken, was kommt Ihnen dazu in den Sinn? Wie war die
317		erste Begegnung? Wie hat sich diese gestaltet?
318	<b>B:</b>	Sie kam mit einem Bus aus dem Sprachheilinternat und da öffnete sich die Tür
319		und eine Sozialarbeiterin stieg aus mit einem ganz kleinen zierlichen
320		Mädchen mit einem großen Gesicht mir großen braunen Augen und
321		schwarzen Harren, also dunkelbraun. Und ich dachte, ist die ist ja niedlich. Ein
322		viertel Jahr, halbes Jahr später fand ich sie nicht mehr niedlich, da war sie
323		einfach nur auffällig. Aber ich mochte sie so. wobei es danach natürlich auch
324		in unseren Kämpfen aufeinander zu auch Situationen gab, wo ich (Pause), das
325		hätte letztes Jahr noch sein können, wo ich hätte den Koffer nehmen können,
326		ihre Sachen packen können und sie wegbringen können. Ohne mit der
327		Wimper zu zucken. Das wäre gegangen, weil sie mich oftmals bis an meine
328		Schmerzgrenze erreicht, also das schafft sie wunderbar.
329	<b>I:</b>	Wenn Sie Ihr emotionales Erleben damals und auch heute beschreiben
330		müssten, wie würden Sie das beschreiben?
331	<b>B:</b>	Damals habe ich mich blenden lassen. Ja, dann habe ich sie kennen gelernt
332		und sie hat geklaut, sie war auffällig ohne Ende, die hat glaube ich das ganze
333		Repertoire durch, was man alles negativ machen kann hat sie durch. Und ich
334		habe ihr dann jedes Mal gesagt, du kannst dich hier noch so schlimm
335		benehmen, du gehst nicht in s Heim, du bleibst hier. Und irgendwann hat sie
336		klein bei gegeben. Und die Kämpfe die wir heute haben, sind halt pubertäre
337		Sachen, sie ist 13, meine Güte mit allem was in dem Alter dazu gehört. Die
338		Hormone sieht man springen. Wenn man ein bisschen Fantasie hat, sieht man
339		die springen. Ich gehe nicht umsonst mit ihr zum Frauenarzt und hole die
340		Pille. Selbst die Kinderärztin hat das schon gesagt. Sie ist dieses Jahr mit der
341		Kirche verweist, man vertraut ja immer auf das Gute im Menschen das sowas
342		nicht passiert, da bin ich auch vollkommen blauäugig. Aber jetzt sind wir bei
343		der Pille. Das gab auch einen Kampf, die zu nehmen, denn sie konnte die nicht
344		herunter schlucken und hat dann zwei Tage immer auf den Hals gezeigt und
345		meinte, sie sei ihr im Hals stecken geblieben. (Pause)
346	<b>I:</b>	Erleben Sie mütterliche Gefühle?
347	<b>B:</b>	Ja, ja.
348	<b>I:</b>	Von Anfang an?
349	<b>B:</b>	Also, ja. Am Anfang war es natürlich eine andere Situation. Sie kam in die
350		Notaufnahme. Das ist bei mir so und wenn man mir ein Notaufnahmekind
351		bringt, dann hat dieses Kind einen Rucksack zu tragen, aber ich kann dann das
352		Repertoire abrufen. So, was mache ich. Ich kontrolliere, ich brauche Daten, ich
353		brauche Fakten für meine Akten. Ich kontrolliere das Kind, ob sie
354		irgendwelche Insekten mitgebracht hat, irgendwelche Verletzungen,
355		Hämatome oder irgendwelche Auffälligkeiten, Hautauffälligkeiten,
356		Verhaltensauffälligkeiten, das Miteinander. Alles das wird dann abgerufen
357		und ja, dass ich jetzt alle Kinder sofort in mein Herz schließe, das kann ich
358		jetzt auch nicht sagen. Aber sie, sie war niedlich.
359	<b>I:</b>	Wie würden Sie diese mütterlichen Gefühle beschreiben?
360	<b>B:</b>	Das kann ich. Man kann das so sagen, es gibt Kinder die ich nicht mag, die
361		könnte ich auch nicht in den Arm nehmen. Es gibt auch Kinder, die will ich
362		hier nicht sehen, weil ich sie einfach nicht mag. Da komme ich gar nicht erst in
363		die Situation, sie in den Arm nehmen zu müssen und es gibt Kinder, die kann
364		ich auch so in den Arm nehmen und trösten. Und so ist das. Und wenn man

365		ganz kleine Kinder bekommt, das ist natürlich ganz klar, die schließt man
366		sofort ins Herz. Das geht ja sowieso über den Körperkontakt. Meine
367		Pflegetochter die war nun schon größer, das ging langsamer. Langsamer als
368		bei meiner anderen Pflegetochter, die ich mit fünf Wochen bekommen habe.
369		Da knuddelt und knutscht man den ganzen Tag mit rum. Aber mit einem
370		sieben jährigen Mädchen, dass sich immer abwehrt und sich ekelig schüttelt,
371		wenn man sie einmal in den Arm nimmt. Und ihr war es nicht von Anfang an
372		klar, dass sie in Dauerpflege geht. Sie wollte ja immer zurück zu ihren Eltern.
373	<b>I:</b>	Wann war dann der Zeitpunkt als ihr bewusst wurde, dass sie nicht zurück
374		geht?
375	<b>B:</b>	Ich glaube, als ihre Eltern anfangen sich zurück zu ziehen. Als ihre Eltern nicht
376		mehr kamen. Sie immer versprochen haben, irgendwas zu machen, aber
377		schlecht was halten konnten. Und als unsere Besuchskontakte auch anders
378		wurden. Als die Sache mit dem Missbrauch rauskam. Je älter sie wurde, sie
379		war sieben Jahre und inzwischen ist sie fast sechs Jahre hier bei mir. Also der
380		Lebensmittelpunkt hat sich einfach geändert. Und sie braucht zwar die
381		Besuche zu ihren Eltern, aber zu Hause ist hier. Das ist so, ich lasse zum
382		Beispiel niemals Herkunftseltern in mein Haus. Wir treffen uns immer
383		irgendwo anders. Ich will sie hier nicht haben, ich lassen sie nicht in mein
384		Haus. Das ist ein geschützter Rahmen, hier gibt es keine Herkunftseltern. Hier
385		gibt es nur uns. Das ist unser zu Hause. Hier sind wir zu Hause. Hier können
386		wir uns wohlfühlen. Und hier sind wir sicher. Das ist für die Kinder auch
387		wichtig, dass sie hier sicher sind. Und darum die Distanz auch immer zu
388		wahren. Natürlich.
389	<b>I:</b>	Wenn Sie so zurück denken, spielte das Thema Behinderung, Besonderheiten
390		eine Rolle?
391	<b>B:</b>	Nein, welches Pflegekind ist normal? (lacht) Zeigen Sie mir eins! Und sind wir
392		normal? Wir sind schon nicht normal, weil wir Pflegekinder aufnehmen
393		(lacht).
394	<b>I:</b>	Was verstehen Sie generell unter Elternschaft?
395	<b>B:</b>	Kinder erziehen, erziehen können. Das ist heute nicht mehr so einfach. Ich
396		habe ja noch ein kleines Kind (die jüngste Pflegetochter) und ich bin gerade
397		erst wieder durch den Kindergarten durch. Erziehung ist so eine Sache. Das
398		muss man können und wenn man es nicht kann, das ist schon schwierig dann.
399	<b>I:</b>	Fühlen Sie sich als Mutter Ihres Pflegekindes?
400	<b>B:</b>	Ja.
401	<b>I:</b>	Oder wählen Sie den Begriff der Pflegemutter lieber?
402	<b>B:</b>	Also für mich ist das beides gleich, ich wähle das oder das. Das ist beides
403		gleich. Aber das ändert nichts an der Tatsache, dass ich für meine Kinder
404		etwas bewirken will und hinter meinen Kindern stehe. Da mache ich keine
405		Unterschiede.
406	<b>I:</b>	Und im Verhältnis zu Ihren leiblichen Kindern?
407	<b>B:</b>	Meine leibliche Tochter die ist 25, die ist schon aus dem Haus. Und sie war die
408		Erste. Mit der Ersten macht man noch viele Fehler. Sicherlich habe ich bei
409		meiner leiblichen Tochter auch viele Fehler gemacht, die mache ich jetzt mit
410		den Jüngeren garantiert nicht noch einmal. Da lasse ich mich nicht mehr so ins
411		Bockshorn jagen. Aber ich bin ja keine Übermutter, nur weil ich jetzt so viele
412		Kinder schon durch habe. Ich habe auch nicht die Weisheit mit Löffeln
413		gefressen. Fehler macht man einfach. Aber doch, ich bin ihre Mutter und ich
414		bin diejenige, die das Sagen hier hat (lacht).
415	<b>I:</b>	Wenn wir uns das Thema Bindung ansehen. Welche Bindung haben Sie zu
416		ihrem Pflegekind.

417	<b>B:</b>	Eine enge Bindung. Ich freu mich, wenn sie mal weg ist, das muss ich mal ganz
418		ehrllich gestehen, aber ich freue mich auch, wenn sie wieder da ist. sie fehlt ja
419		doch dann.
420	<b>I:</b>	Und was denken Sie, welche Bindung hat sie zu Ihnen?
421	<b>B:</b>	Ja doch, genau das Gleiche. Wenn sie mal weg ist, dann hat sie Heimweh, das
422		weiß ich. Die 14 Tage letzten Sommer waren ganz hart für sie. Sie hat zwar
423		gesagt es war schön, aber das nächste Mal will sie doch lieber mit uns in den
424		Urlaub fahren. Und ganz ehrlich, ich habe im Urlaub ganz oft an sie gedacht.
425		Wir sind nach Dänemark gefahren mit den anderen Kindern und ich habe so
426		oft gedacht, das wäre doch etwa für sie und hier wäre wieder was. Ich habe da
427		oft an sie gedacht, weil sie einfach fehlte. Es war nicht rund. Also es waren die
428		Kinder meines Lebenspartners mit, die Kleinen waren mit, die Großen
429		wollten nicht mit. aber sie fehlte dazwischen. (Pause)
430	<b>I:</b>	Haben Sie sich schon einmal darüber Gedanken gemacht, wie sehr man sich
431		emotional an ein Kind binden darf, dass eigentlich jederzeit wieder gehen
432		könnte? Pflegekinder sind ja eigentlich die Kinder, die kurzzeitig verweilen,
433		aber das große Ziel bleibt ja immer wieder die Rückführung ins Elternhaus.
434	<b>B:</b>	Und das ist ja das, was man im Vorfeld, wenn man sich dazu entscheidet ein
435		Pflegekind aufzunehmen, dann muss man im Vorfeld darüber klar sein, was
436		man möchte. Möchte man ein Pflegekind mit Rückkehroption oder möchte
437		man ein Dauerpflegekind. Und das muss man sich ganz klar vor Augen halten.
438		Denn wenn so etwas passiert, ob man es auch aushalten kann. Ob man es
439		aushalten kann nach so vielen Jahren ein Kind wieder abzugeben. Ich könnte
440		meine Pflegekinder sicher mal für eine Woche woanders hingeben oder in
441		den Urlaub zu schicken, aber ganz wegzugeben, da würde ich massiv gegen
442		angehen. Bei beiden Kindern. Weil dann müsste ich sehen, dass auf der
443		anderen Seite etwas geschehen ist und das es zum Wohle der Kinder
444		geschieht. Und wenn das überhaupt nicht ist, würde ich Himmel und Hölle in
445		Bewegung setzen, dass das nicht geschieht. Man muss sich im Klaren sein, was
446		da auf einen zukommt, bevor man ein Pflegekind aufnimmt. Und das war in
447		unserem Fall vom Jugendamt ganz klar signalisiert, dass sie ein
448		Dauerpflegekind ist. Das ist bei der Kleinen nicht gewesen, die rutsche so
449		hinein. Da habe ich tatsächlich erst lange Zeit später überlegt, ob ich sie in
450		Dauerpflege nehmen soll oder nicht. Und das war bei ihr relativ schnell klar,
451		dass alle Kinder in Dauerpflege gehen und dass es nicht wieder zurückgeht.
452		Und die Eltern waren auch vollkommen überfordert und haben dann
453		irgendwann sehr schnell gesagt, dass sie das gut so finden und sie wollten
454		sich dann von der anderen Seite so kümmern, wie sie es können. Und somit
455		sind wir bei einmal im Montag zwei Stunden drei Stunden geblieben. Das war
456		auch genug. Danach waren die Eltern jedes Mal vollkommen durch mit der
457		Geschichte. Das waren auch fünf Kinder. Sich immer gleichzeitig um alle zu
458		kümmern. Da ist keiner allen gerecht geworden.
459	<b>I:</b>	Wenn Sie jetzt auch auf die letzten Jahre zurück gucken. Gab es von Ihrer Seite
460		jemals die Motivation, die Pflegschaft zu beenden? Gab es Krisen?
461	<b>B:</b>	Ja, ich habe ja gesagt es gab mal Situationen, da war ich mit meinen Nerven so
462		etwas von fertig, runter, also das ich jederzeit hätte ihre Koffer packen
463		können und sie in eine Einrichtung hätte bringen können. Sicherlich hätte sie
464		hinterher gefehlt, weil das eine impulsive Torschlusshandlung gewesen wäre,
465		aber sie mich bis an meine Grenzen gebracht hat. Aber auch die haben wir
466		gemeistert. Meine Lebenssituation hat sich geändert. Das war vielleicht auch
467		mein Fehler. Weil ich war mit fünf Kindern und einem FAS Jungen dazwischen
468		völlig überfordert. Und das ist im Prinzip ja so geendet. Eine Freundin hat
469		beim Jugendamt angerufen und meiner zuständigen Sozialarbeiterin gesagt,

470		fahren Sie einfach mal vorbei, die ist mit den Nerven am Ende. Und dann kam
471		sie zur Mittagszeit, als mein (Pflege-)Sohn völlig ausgerastet ist und eine
472		Stunde später wurde er mit der Polizei abgeholt und kam in eine Einrichtung.
473		Und er ist nie wieder zurückgekommen. Ich wiederum konnte mich ein
474		bisschen mehr auf mich konzentrieren und konnte meine Beziehung anders
475		leben. Wir konnten zusammen ziehen. Das hätte ich nie gekonnt, wenn ich
476		dieses FAS Kind noch zu Hause gehabt hätte. Und der hat unsere Leben so
477		aufgemischt, dass ich mit den Nerven zu Fuß war. Und dann kamen die
478		anderen mit ihren Problemen noch dazu und ich war ganz schön
479		angeschlagen. Und in dieser Zeit, als ich so angeschlagen war, da hätte ich die
480		Sachen packen können und weggehen können. Heute kann ich da eigentlich
481		nur drüber lachen, weil ich darauf reagieren kann. Und wenn sie (die
482		Pflegetochter) so fies zu mir ist, dann kann ich das auch und meistens bin ich
483		besser und dann kriegt sie sich ganz schnell wieder ein. Es rappelt sich schnell
484		alles wieder zusammen. Wie in jeder anderen Familie auch.
485	<b>I:</b>	Ja, dann bin ich eigentlich mit meinen Fragen auch schon durch. Gibt es denn
486		von Ihrer Seite etwas, dass Sie ergänzen möchten?
487	<b>B:</b>	Ich wüsste jetzt nichts.
488	<b>I:</b>	Dann danke ich Ihnen ganz herzlich, auch für Ihre Offenheit. Das wir hier das
489		Gespräch führen konnten und dass Sie so viel erzählt haben. Vielen Dank und
490		alles Gute.



## Anhang VIII: Zusammenfassungsmasken aller Interviews

(0) Legende zum Verständnis der Zusammenfassungsmasken	
F.	Fall; bezogen auf die Einzelanalyse; entspricht der jeweiligen Familie
Z.	Zeile; bezieht sich auf die jeweilige/n Zeile/n im transkribierten Interview
PM	Pflegemutter
PE	Pflegeeltern
PF	Pflegefamilie
PK	Pflegekind
PT	Pflege Tochter
PS	Pflegesohn
HK	Herkunfts familie

### (I) Zusammenfassungsmasken Interview 1: Familie A.

(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung (Pflegesohn)					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	41 bis 45	„Da hat mich das Jugendamt gefragt, ob ich noch ein weiteres Kind in Kurzzeitpflege aufnehmen könnte. (...) Und da habe ich ja dazu gesagt, weil mir das so einen Spaß gemacht hat. Also zu Hause zu sein, zu Hause zu arbeiten. Diese Mischung aus Familie und Beruf, das fand ich total toll.“	Jugendamt hat gefragt, ob PM noch eine weiteres Kind aufnehmen möchte PM hat zugesagt, weil es ihr Spaß macht Kombination aus Familie, Beruf, zu Hause arbeiten macht PM Spaß	<del>Anfrage des Jugendamtes wegen eines weiteren PK</del> PM hat Spaß an Tätigkeit Kombination aus Familie und Beruf, Arbeit zu Hause <del>macht Spaß</del>	Jugendamt fragte PM wegen eines weiteren PK an PM nahm weiteres PK auf Verknüpfung von Familie, Beruf, Arbeit zu Hause

(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung (Pflege Tochter)					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	46 bis 48	„(...) und das ich das noch einmal wollte. Ich wollte noch einmal einem behinderten Kind ein zu Hause geben und hatte mich dann speziell für ein schwerbehindertes Kind beworben.“	PM wollte noch einmal einem behinderten Kind ein zu Hause geben spezielle Bewerbung um ein behindertes Pflegekind	einem behinderten Kind ein zu Hause geben um ein behindertes Kind speziell beworben	PM hat sich bewusst für ein behindertes Kind beworben, weil sie diesem gezielt ein zu Hause geben wollte PM gefällt die Verknüpfung von Beruf und Familie im Tätigkeitsfeld
A	53 und 59	„Aber dieses Familiäre, zu Hause sein, Interesse an Erziehung, an Sozialarbeit und diese Kinder zu fördern. Mir hat es alles sehr viel Spaß gemacht und dieses Hintergrundwissen, dass ich mir dann auch aneignen musste, diese Kreise in denen ich dann auf einmal unterwegs war. (...) Und das hat mir so gefallen.“	Verbindung Familie und Beruf Tätigkeit macht Spaß Interesse und Hintergrundwissen aneignen Tätigkeitsfeld hat PM gefallen	Verbindung von Familie und Beruf <del>Spaß und Interesse an Tätigkeit und Aneignung von Hintergrundwissen</del> Tätigkeitsfeld gefällt PM	

<b>(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme (Pflegesohn)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	62 bis 64	„Bei ihm wusste ich das überhaupt nicht. Das war ein sieben Monate alter Säugling und das wusste auch kein anderer, das hat einfach keiner geahnt, obwohl die Eltern auch leicht geistig behindert sind. Das hätte man erahnen können.“	PM wusste bei der Aufnahme nicht um die Behinderung des PK keiner wusste es keiner ahnte es man hätte es ahnen können Eltern auch leicht geistig behindert	Behinderung war nicht bekannt <del>keiner wusste um die Behinderung</del> <del>keiner ahnte von der Behinderung</del> <del>Eltern auch leicht behindert</del>	Behinderung des PK war zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht bekannt
A	64 bis 65	„Das kam dann erst mit der Zeit heraus, dass da eine schwere Behinderung vorlag.“	Behinderung kam erst mit der Zeit heraus	<del>Behinderung kam erst später raus</del>	
A	73 bis 74	„Und von daher wusste ich gar nichts und brauchte auch gar nicht so viel wissen, weil es ja eigentlich ein Kurzzeitpflegekind war.“	PM wusste nichts von der Behinderung PM musste es nicht wissen, da Kurzzeitpflege	<del>PM wusste nicht, dass PK behindert ist</del> <del>Behinderung nicht relevant, da Kurzzeitpflege</del>	

<b>(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme (Pflegetochter)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	67	„Bei ihr wusste ich das ja, weil ich mich ja genau dafür beworben hatte.“	PM wusste das das PK eine Behinderung hat PM hat sich um ein behindertes Kind beworben	PM wusste um Behinderung  PM hat sich um behindertes Kind beworben	zum Zeitpunkt der Aufnahme wusste PM um die Behinderung, da sie sich darum beworben hatte und Einsicht in alle Akten hatte
A	91 bis 92	„Also, ich hatte Einsicht in alle Krankenakten und ich wusste, dass das ein schwerstmehrfach behindertes Kind ist.“	PM hatte Einsicht in alle Krankenakten PM wusste, dass das PK behindert ist	PM hatte Einsicht in Krankenakten <del>und</del> <del>wusste um die Behinderung des PK</del>	

<b>(3) Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben (Pflegesohn)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	314 bis 318	„Ähm, nein, ich habe das so ein bisschen als Rettung für ihn gesehen, auch wenn sich das vielleicht doof anhört, aber ich glaube das die leibliche Mutter mit einem gesunden Kind vielleicht noch so gerade eben zu recht gekommen wäre. Und von daher, aber auch so mehr schlecht als recht. Und von daher kann man vielleicht sagen, das ist ein Glück für ihn, so gewesen zu sein.“	PM sieht Behinderung als Rettung für PK, die leibliche Familie zu verlassen durch seine Behinderung kam PK aus der leiblichen Familie heraus	<del>Behinderung als Rettung</del>  wegen Behinderung leibliche Familie verlassen  <del>Behinderung als Glück Familie verlassen zu können</del>	PM fühlt sich durch die Behinderung ihres PK beruflich, familiär angetrieben und motiviert Behinderung für das PK „Glück“ und „Rettung“, die HF zu verlassen Interesse der PM die Behinderung zu begreifen
A	320 bis 326	Und das war total interessant. Also, ihn zu begreifen, in allen Bereichen. Auch die Ablehnung, die so von der Bevölkerung kommt. Die Hilfe, die Unterstützung, die kommt. Die Ärzte, das Umfeld, was ich da kennengelernt habe. Ja, das war ein ganz anderes Leben auf einmal. Das war plötzlich nicht einfach nur Tupperparties, sondern das Physiotherapie. Also, ich fand das toll. Ich fand das toll, dass mich das wirklich motiviert hat (...).“	PM findet es interessant PK mit seiner Behinderung zu begreifen, aber auch die Ablehnung und Unterstützung Motivation Motivation und Antrieb im Leben	Interesse Behinderung des PK zu begreifen <del>Ablehnung und Unterstützung erleben</del> Motivation und Antrieb für das eigene Leben	
A	327 bis 329	„Also, das war das, wo ich mich beruflich und familiär noch ausleben konnte. Und das ist alles nur passiert, weil er mir ins Haus geschneit ist, ja.“	PM erlebt Motivation und Antrieb beruflich und familiär	<del>Motivation und Antrieb beruflich und familiär</del>	

<b>(3) Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben (Pflegetochter)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Kann nicht bearbeitet werden, da Frau A. im Rahmen des Interviews keine Aussagen bezogen auf die Pflegetochter macht.					

<b>(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegesohn)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	267	„ <i>Mh, ich habe sie versucht, so unter Vorbehalt zu halten.</i> “	mütterliche Gefühle vorhanden, aber zurückgehalten	Muttergefühle vorhanden, <del>zurück gehalten</del>	von Anfang an mütterliche Gefühle vorhanden Pflegemutter ist gefühlsmäßig hin und her gerissen Pflegemutter will Mutter sein/ Mutterrolle leben leibliche Mutter ist auch wichtig
A	269	„ <i>Das war so ein hin und her. Dieses loslassen müssen und dann ist wieder was schief gegangen und dann konnte ich ihn wieder so lieb haben, wie eine Mutter ein Kind lieb hat.</i> “	hin und her loslassen hin und her lieben wie ein eigenes Kind	als Mutter hin und hergerissen <del>zwei Mütter</del> Muttergefühle eigenes Kind	
A	294 bis 296	„ <i>(...) also Mama sagt er bis heute nicht. Er sagt manchmal so ein ‚ama‘, das sagt er zu seiner leiblichen Mutter genauso, wie zu mir.</i> “	sagt Mama sagt auch zu leiblicher Mutter Mama	<del>zwei Mütter</del> leibliche Mutter Pflegemutter sagt Mama	
A	296 bis 298	„ <i>Also, es war immer auch schon so eine doppelte Mutterschaft für mich. Schon die leiblichen Mütter mit ins Boot holen. Ja, und die Mutterrolle zu leben, die Muttergefühle zu haben. Ja, aber ich bin Pflegemutter (...).</i> “	doppelte Mutter-schaft zwei Mütter leibliche Mütter wichtig Mutterrolle leben Pflegemutter sein	<del>zwei Mütter</del> leibliche Mutter wichtig Mutterrolle leben Mutter sein	

<b>(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegetochter)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	418 bis 419	„ <i>(...) für mich stand die ganze Zeit fest, das ist mein Kind. Die nehme ich auf jeden Fall.</i> “	Entscheidung stand fest das Kind erkannt Kind haben wollen	gutes Gefühl von Anfang an in das Kind verliebt	gutes, sicheres Gefühl Entscheidung stand von Anfang an fest in das Kind verliebt
A	436	„ <i>Also ich habe mich unglaublich schnell verliebt Das war glaube ich dadurch das schon vorher eine sehr gute Abklärung war, das ist ein Dauerpflegekind.</i> “	in das Kind verliebt Begründung: Dauerpflege Sicherheit	<del>in das Kind</del> <del>verliebt sicheres</del> <del>Gefühl</del> <del>von Anfang an</del> <del>Sicherheit</del>	

(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegetochter)					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	331 bis 332	„(...) die ist sehr eng. Also, die ist sehr eng, weil einfach die meisten Leute ihn nicht haben wollen.“	eine sehr enge Bindung ist vorhanden. die meisten Menschen wollen ihn nicht haben	Es besteht eine sehr enge Bindung <del>andere wollen das PK nicht haben</del>	es besteht eine sehr enge Bindung zum PM und PK PM nimmt PK so wie es ist an, akzeptiert und liebt es
A	335 bis 337	„Ja, ich kann jeden verstehen, der ihn nicht haben will, der ihn nicht mag. Das konfrontiert mich durch die Jahre immer wieder. Und trotzdem finde ich ihn toll.“	Verständnis für das nicht haben wollen große Akzeptanz/ Liebe	<del>Verständnis für die anderen vorhanden</del> Akzeptanz und Liebe	
A	337 bis 340	„Also, ich liebe dieses Kind, und er ist so wie er ist. Und gegenseitig ist das auch so. Also er und ich haben eine sehr intensive Bindung. Also wir reden miteinander ohne Worte. Man kann ja mit ihm nicht reden ...“	PM liebt das Kind Akzeptanz, Annahme wie er ist intensive Bindung miteinander reden ohne Worte	<del>PM liebt das PK wie es ist</del> <del>PM nimmt das PK an, wie es ist</del> <del>es gibt eine intensive Bindung miteinander reden ohne Worte</del>	

(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegetochter)					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	446 bis 449	„Wobei zu dem Zeitpunkt natürlich noch zu überlegen war, ob sie überhaupt bindungsfähig ist, ob sie überhaupt Urvertrauen wiederfindet“.	ist überhaupt Bindung möglich Urvertrauen wiederfinden	Bindungs-fähigkeit Urvertrauen finden	von Anfang an Sicherheit Bindungsfähigkeit aufbauen/ Urvertrauen finden/ Schutz und Sicherheit geben
A	449 bis 450	„Das Trauma war heftig. Sie hat wirklich mit Tränen in den Augen und Angsterfüllt geschrien, wenn eine laute Männerstimme zu hören war. Ja, da war sehr viel Angst in diesem Kind.“	schweres Trauma angsterfüllt schreien  Angst	<del>Trauma</del> <del>Angst</del>  <del>Angst</del>	
A	294 bis 296	„Bei ihr hatte ich immer so das Gefühl, was ich ihr gebe, das bleibt in ihr drin. Jeder Kuss, jedes Knuddeln blieb einfach so in ihr drin. Das hat keiner mehr kaputt gemacht.“	sicheres Gefühl von Anfang an keiner macht mehr etwas kaputt	<del>Sicherheit</del> <del>Schutz</del> keiner macht mehr etwas kaputt	

## (II) Zusammenfassungsmasken Interview 2: Familie B.

<b>(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
B	36 bis 37	„Ja, eigentlich war das aus einem Gespräch heraus. Ja eigentlich von beiden. Wir haben immer überlegt, ein weiteres Kind und irgendwann war es dann klar.“	Wunsch nach einem weiteren Kind von beiden Klarheit zum Wunsch	Wunsch nach weiterem Kind <del>Klarheit über Kinderwunsch</del>	PE trafen eine bewusste Entscheidung, ein weiteres Kind mit Behinderung (Down-Syndrom) aufzunehmen
B	46 bis 47	„(...) wie gesagt da hatten wir überlegt, auch ein behindertes Kind wieder aufzunehmen. Wieder mit Down Syndrom (...).“	Überlegung, wieder ein behindertes Kind wieder mit Down-Syndrom	<del>PE wollten unbedingt ein weiteres Kind mit Down-Syndrom aufnehmen</del>	
B	102 bis 105	„Aber für uns war es klar. In dem Moment war es einfach klar. Und wir hätten auch sonst keine Auswahl gehabt, hätten wir ein Kind bekommen können auf natürlichem Weg.“	Klarheit keine Wahl, bei einem eigenen Kind Behinderung auszuschließen	<del>Klarheit Klarheit über Entscheidung Wissen, dass auch ein leibliches Kind eine Behinderung haben kann</del>	
B	106 bis 109	„Ja, und als dann unsere Pflegetochter [.....] dann kam, dann war es dann sehr bewusst, dass wir gesagten haben ja bitte Down-Syndrom, bitte Trisomie 21. Einfach weil wir gesagt haben zum einen, dass kennen wir, wir wissen, was auf uns zukommt. Ähm, wir wissen gar nicht, ob wir den anderen Weg hätten gehen können, ohne Behinderung.“	bewusste Entscheidung für ein weiteres Kind mit Down-Syndrom Sicherheit durch Kennen des Down-Syndroms unbedingt ein Kind mit Behinderung	Treffen einer bewussten Entscheidung  <del>Sicherheit dadurch, dass PE das Down-Syndrom kennen</del>	

<b>(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
B	76 bis 83	„Da wusste ich nur, da ist ein Kind mit Down-Syndrom. Und dann hatte ich mich halt gekümmert. Und daraufhin habe ich dann mehr erfahren. Das sie halt in Obhut genommen wurde. Schon im Krankenhaus. Dass sie in einer Bereitschaftspflege ist. Dass sie das Down-Syndrom hat. Das sie aber keine weiteren Herzfehler ecetera oder ähnliches hat. Diese Sachen sind mir dann direkt mitgeteilt wurden. Direkt beim ersten Gespräch. Noch bevor wir die Kleine gesehen haben. Und bevor wir auch ein Foto gesehen haben. Das war alles schon vorher klar.“	Wissen über das Down-Syndrom des Kindes Wissen über Inobhutnahme Inobhutnahme direkt aus dem Krankenhaus Wissen über das Down-Syndrom aber keine weiteren Besonderheiten Informationen beim ersten Gespräch, noch bevor PE das Kind gesehen haben	PE hatten Wissen über Down-Syndrom <del>Wissen über Inobhutnahme</del> <del>Wissen über Inobhutnahme</del> <del>Wissen über Inobhutnahme</del> <del>Wissen über das Krankenhaus</del> <del>Wissen über das Down-Syndrom</del> <del>Wissen darüber, dass keine weiteren Besonderheit vorliegen noch bevor die PE das PK sahen</del>	PE wussten von Anfang an, dass das PK eine Behinderung (Down-Syndrom) hat

<b>(3) Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
B	187 bis 188	„Im Grund genommen, nein. Es war einfach ein Baby, was in die Familie kommt.“	Behinderung spielte keine Rolle es war einfach ein Baby, das in die Familie kommt	Behinderung spielte keine Rolle <del>ein Baby, das in die Familie kommt</del>	Behinderung spielte von Anfang an keine Rolle im Vordergrund steht immer das Kind
B	188 bis 191	„(...) ich sehe immer erst, das ist mein Kind. Und nicht, erst ist die Behinderung. Obwohl die natürlich immer im Kopf ist, weil man sich immer darum kümmern muss. Aber nein, in erster Linie war es einfach nur das Baby.“	PM sieht immer erst, das es ihr Kind ist PM sieht nicht erst die Behinderung Behinderung ist immer im Kopf in erster Linie war das PK von Anfang an einfach nur ein Baby	im Vordergrund steht immer das Pflegekind als Kind <del>Behinderung steht nicht im Vordergrund von Anfang an das Baby gesehen und nicht die Behinderung</del>	

<b>(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
B	155 bis 156	„Es war von Anfang an einfach alles gut. Es war von Anfang an absolut unser Kind.“	es war von Anfang an gut es war von Anfang an ihr Kind	mütterliche Gefühle von Anfang an von Anfang an ihr Kind	von Anfang an waren mütterliche Gefühle vorhanden, die im Laufe der Zeit noch gewachsen sind
B	156 bis 162	„Wir haben im Bekanntenkreis zum Beispiel Einen, der sagte oh Gott, wie kann man überhaupt ein angenommenes Kind, egal ob Adoptivkind oder Pflegekind so lieben. Ich sage dann immer ja, Liebe ist nicht messbar. Und wenn es so wäre dann vielleicht sogar mehr. Weil man weiß, dass es so etwas Besonderes ist, das man es bekommen hat.“	Liebe ist nicht messbar es ist etwas Besonderes, ein PK zu bekommen	<del>ein Pflegekind lieben zu dürfen ist etwas Besonderes</del>	
B	161 bis 163	„Ja, ne es war absolut von Anfang an, bei mir bestimmt noch mehr als bei meinem Mann. Bei meinem Mann glaube ich, dass das erst noch ein bisschen wachsen musste. Aber bei mir war es vom ersten Moment an da.“	mütterliche Gefühle von Anfang an  mütterliche Gefühle vom ersten Moment an	<del>mütterliche Gefühle von Anfang an</del>  <del>mütterliche Gefühle vom ersten Moment an</del>	
B	177 bis 178	„Ja, es ist natürlich mehr geworden. Aber es war von Anfang an da.“	mütterliche Gefühle sind mehr geworden waren von Anfang an da	<del>obwohl mütterliche Gefühle von Anfang an da waren, sind diese immer mehr geworden</del>	

<b>(5) Bindung zum Pflegekind</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
B	219	„Ganz eng. Wirklich ganz eng.“	Bindung ist ganz eng Bindung ist wirklich ganz eng	es gibt eine sehr enge Bindung <del>es gibt eine wirklich sehr enge Bindung</del>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- es gab von Anfang an eine sehr enge Bindung zwischen PM und PK</li> <li>- es gab von Anfang an keine Berührungängste des PK</li> <li>- PK sucht Nähe der PM</li> </ul>
B	136	„Ich konnte sie sofort auf den Arm nehmen und wir waren alle ganz überrascht, ich vor allem auch, dass es einfach passte.“	PM konnte PK von Anfang an auf den Arm nehmen es passte von Anfang an	keine Berührungängste des PK von Anfang an	
B	221 bis 224	„Ja, ja. Selbst nach diesem Jahr ist es noch nicht so, dass ich sie bei anderen Erwachsenen allein lassen kann. Weil sie wirklich mich noch braucht. Das kann sie noch nicht.“	Bindung ist sehr eng selbst nach einem Jahr klammert das PK noch sehr PK braucht Nähe der PM	<del>es gibt eine sehr enge Bindung</del>  auch nach einem Jahr klammern und Nähe der PM suchen	



### (III) Zusammenfassungsmasken Interview 3: Familie C.

<b>(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
C	68 bis 70	„Also eigentlich haben wir gedacht, Mensch es geht uns gut. Also das, was so ganz viele sagen. Unserer Familie geht's gut. Wir fühlen uns wohl. Eigentlich könnte hier gut noch ein Kind mit leben.“	PE haben gedacht, ihnen geht es gut PE haben gedacht, der Familie geht es gut, fühlen sich wohl Platz für ein Kind	<del>der Familie geht es gut und alle fühlen sich wohl</del> da ist noch Platz für ein weiteres Kind	von Anfang an offen herangegangen da war noch Platz für ein weiteres Kind
C	76	„Wir sind da relativ offen ran gegangen.“	offene Herangehensweise	offen herangegangen	

<b>(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
C	105 bis 107	„Wenig (...) letztendlich war immer die Hoffnung, dass sie ein eigenständiges Leben führen kann. Ja, wie gesagt beim Einjährigen Kind, sie konnte nicht krabbeln, sie konnte nicht frei sitzen, sie hat nichts in den Mund gesteckt.“	im Vorfeld wenig gewusst  vielleicht eine Ahnung gehabt und einiges erkannt	im Vorfeld wenig wissen, <del>aber die Hoffnung, dass sich alles zum Guten wendet</del>	PE wussten von der Entwicklungsverzögerung und haben weiterhin gehofft, dass diese sich nicht manifestiert
C	114 bis 118	„(...) und ansonsten, ja, einen ganz flachen Hinterkopf hatte sie, also fast nach innen gedrückt. Vom auf dem Rücken liegen. Das war alles, was einem ins Auge sprang, ansonsten war da nichts weiter auffällig. Also, das man da hätte sagen können, das lässt sich auf eine Behinderung schließen.“	keine weiteren Auffälligkeiten  nichts, was auf eine Behinderung hätte schließen lassen	keine Auffälligkeiten  <del>nichts ließ auf eine Behinderung schließen</del>	
C	149 bis 150	„Wir wussten ja, (...) dass sie eben diese starken Verzögerungen hat, in der Motorik und das sie mit ihrer Mutter in einer Einrichtung gelebt hat.“	starke Entwicklungsverzögerung war bewusst und erkennbar	Entwicklungsverzögerung war bekannt	

<b>(3) Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
C	165 bis 172	„ (...) diese Zuwendung, die fehlte komplett, das war auch völlig deutlich. Ähm, dieser flache Kopf, das soll daher rühren, dass sie eben nur gelegen hat (...). Sie hatte keine Ansprache, keine Zuwendung. Ähm, ich denke auch, das ist meine Vermutung, das so auf Weinen und so wenig reagiert wurde, weil sie das hier kaum gezeigt hat. Also wenn sie im Bett war, dann war still. Das war eigentlich beängstigend und unnatürlich.“	es war deutlich das dem PK Zuwendung fehlte  offensichtlich keine Ansprache, keine Zuwendung bisher  Verhalten des PK war beängstigend  Verhalten des PK war unnatürlich	<del>dem PK fehlte offensichtlich Zuwendung</del>  PK hatte <del>offensichtlich keine Ansprache, keine Zuwendung</del>  <del>Verhalten des PK war beängstigend und unnatürlich</del>	langsamere verlaufende Entwicklung, war von Anfang an absehbar, die gesamte Bedeutung zuerst nicht absehbar, aber mit der Zeit Hereinwachsen in die Situation
C	178 bis 179	„Aber von ihr selbst kam ganz ganz wenig. Sie war ein ganz ganz stilles Kind (...).“	Verhalten des PK war auffällig	auffälliges Verhalten des PK	
C	362 bis 366	„Es war schon absehbar, dass es alles langsamer laufen wird. (...) also ich muss ganz ehrlich sagen am Anfang macht man es sich nicht wirklich bewusst, was das wirklich bedeutet. Man wächst da rein. Und ich denke, dadurch, dass sie so klein war, (...) sind wir auch wirklich ganz langsam da rein gewachsen.“	langsamer verlaufende Entwicklungsschritte waren absehbar Bedeutung am Anfang nicht bewusst langsameres Hereinwachsen	langsamer verlaufende Entwicklung  Hereinwachsen in die Situation	

<b>(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
C	648	„Ja, sehr schnell auf jeden Fall. Als sie hier bei uns war ja.“	sehr schnell mütterliche Gefühle mütterliche Gefühle direkt, als sie bei den PE war	mütterliche Gefühle haben sich sehr schnell entwickelt <del>mütterliche Gefühle, direkt als sie zu Hause war</del>	mütterliche Gefühle haben sich sehr schnell entwickelt und wurden erlebt PK hat sehr schnell dazu gehört
C	648 bis 652	„Also da (in der Mutter-Kind-Einrichtung), da war eher Mitleid. Wie gesagt, das Ganze, wenn man sie gesehen hat. Der Raum und dieses Würmchen darin und alles so grau in grau und traurig und trostlos. Aber hier bei uns war das ganz schnell. Also, sie hat ganz schnell dazu gehört.“	anfangs aber auch Mitleid mit der Kleinen  mütterliche Gefühle als sie bei PE zu Hause war  sie hat sehr schnell dazu gehört	Anfangs auch Mitleid  <del>mütterliche Gefühle, direkt als sie zu Hause war</del> PK hat sehr schnell dazu gehört	
C	652 bis 655	„(...) das war, also sie war einfach so schutzbedürftig, glaube ich. Das ist so (...) das hat alles so leicht gemacht- und klar, mit dem Kindchen-Schema, bei einem Kleinkind, was so ganz hilflos ist, da ist man so ganz	Besondere Schutzbedürftigkeit des PK löste mütterliche Gefühle aus ... machte es leicht mütterliche	<del>mütterliche Gefühle</del> ausgelöst durch besondere Schutzbedürftigkeit	

		<i>schnell dann so emotional berührt.“</i>	Gefühle zu entwickeln emotionales berührt sein		
C	659	<i>„Dann kam sie und es passte und es war so, wie alle es sich gewünscht haben.“</i>	PK passte gut in familiäre Situation PK hat dazu gehört	<del>PK hat sehr schnell dazu gehört</del>	

<b>(5) Bindung zum Pflegekind</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
C	715	<i>„Sehr eng. Ganz eng.“</i>	sehr enge Bindung von Anfang an  ganz enge Bindung von Anfang an	<del>sehr</del> -enge Bindung von Anfang an <del>ganz</del> enge Bindung von Anfang an	von Anfang an enge Bindung

#### (IV) Zusammenfassungsmasken Interview 4: Familie D.

(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung (Pflegesohn)					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	59 bis 67	„(...) eigentlich war es schon, bevor wir eigene Kinder hatten klar, also wir haben immer gesagt, wir wollen eigene Kinder haben und dann gerne ein Kind adoptieren. (...) Und dann hatten wir halt unsere beiden Söhne, ganz gesund und munter und dann haben wir gesagt, das Risiko gehen wir auch nicht mehr ein, also ein drittes Kind zu bekommen. Und wir möchten gerne einem anderen Kind etwas Gutes tun und waren eigentlich beide der Meinung. Also ich wüsste gar nicht, das es von einem mehr oder von dem anderem mehr ist.“	Motivation zu einem Pflegekind bestand schon vor den eigenen Kindern  gesunde Kinder bekommen und kein Risiko mehr eingehen wollen einem anderen Kind etwas Gutes tun wollen  es ging von beiden gleich aus	schon lange zur Aufnahme eines Kindes motiviert  <del>gesunde Kinder</del>  kein Risiko eingehen  etwas Gutes tun	PE war schon immer klar, dass sie einem Kind ein zu Hause geben wollen PE hatten gesunde Kinder, wollten kein Risiko mehr eingehen und etwas Gutes tun Jugendamt suchte Pflegefamilie; aus Kurzzeitpflege wurde Langzeitpflege
D	72 bis 73	„Weil es so viele Kinder ohne Eltern gibt, die nicht gewünscht sind und wir da einfach Lust darauf hatten und dachten, dass wir das wohl können.“	es gibt so viele unerwünschte Kinder ohne Eltern	Kind ein zu Hause geben	
D	127 bis 135	„Also bei ihm war es ja zufällig, weil das Jugendamt halt dringend eine Familie für ihn suchte. Es war eigentlich erst das Ziel, Rückführung zur Mutter, was sich dann ja aber nicht ergeben hat. Und ähm, wir dachten halt, ganz am Anfang, also bevor er bei uns eingezogen war, dachten wir auch, dass das auch so laufen würde und hatten uns auf ein halbes Jahr bis ein Jahr eingestellt. Insbesondere weil ja auch die Lebenserwartung insgesamt nicht so hoch eingeschätzt wurde. Und es war eigentlich schon nach kurzer Zeit, nach einem Vierteljahr klar, dass eine Rückführung nicht zur Debatte stand und das wir ihn auch behalten.“	es wurde dringend eine Familie gesucht vom Jugendamt  anfangs eigentlich Kurzzeitpflege  Kenntnis über die kurze Lebenserwartung des PK  dann keine Rückführung mehrgeplant	Jugendamt suchte dringend eine Familie  Kurzzeitpflege  <del>spezielle Kenntnisse (kurze Lebenserwartung)</del>  <del>keine Rückführung mehr,</del> Langzeitpflege	

<b>(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung (Pflegetochter)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	105 bis 116	„Es war viel gezielter. Also, es war klar, dass wir ein Mädchen wollten. Das ging auch ganz klar von mir aus. Mein Mann war damit einverstanden. Unsere leiblichen Söhne nicht. Die waren gerade in einem Alter, wo sie keine Mädchen hier im Haus haben wollten. Und dann haben unsere beiden Söhne halt gesagt, also wenn ein Mädchen, dann nur eins mit Down-Syndrom. Und dann haben wir gesagt, okay, dann suchen wir so eines. Und ja, dann haben wir richtig nach ihr gesucht, haben herum gehört und über sieben Ecken wurde an uns heran getragen, das in einem gewissen Kinderheim halt so ein Mädchen lebt und dann habe ich das Jugendamt angerufen.“	<p>Motivation war in diesem Fall sehr gezielt</p> <p>PE wollten ein Mädchen als Pflegekind aufnehmen Pflegekind mit Down-Syndrom</p> <p>PE hörten sich um und erfuhren von einem Mädchen mit Down-Syndrom, dass in einem Kinderheim lebte</p>	<p>sehr gezielte Motivation</p> <p><del>Aufnahme eines Mädchens</del></p> <p>Aufnahme eines Mädchens mit Down-Syndrom</p> <p><del>PE erfuhren von einem Mädchen mit Down-Syndrom</del></p>	<p>PE gezielt motiviert</p> <p>Wunsch: Mädchen mit dem Down-Syndrom aufnehmen</p> <p>Besondere Erfahrungen mit Menschen mit Down-Syndrom motivierte zusätzlich</p>
D	135 bis 139	„Und bei ihr war die Motivation eigentlich, dass wir gerne noch ein Kind mit Down-Syndrom aufnehmen wollten, weil wir halt durch die Down-Syndrom-Gruppe oder durch Therapien viele Menschen mit Down-Syndrom kennen gelernt haben, die uns unheimlich gut gefielen und wir dachten, ja so ein Mädel hätten wir gerne noch. Ja.“	<p>PE wollten gerne noch ein Kind mit Down-Syndrom aufnehmen</p> <p>PF hatte viele Menschen mit Down-Syndrom kennen gelernt und Menschen mit Down-Syndrom gefielen ihnen besonders gut.</p>	<p><del>Wunsch, noch ein Kind mit Down-Syndrom aufzunehmen</del></p> <p><del>viele Menschen mit Down-Syndrom kennen gelernt – gefielen besonders</del></p>	

<b>(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme (Pflegesohn)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	75 bis 86	„Grundsätzlich war es aber nicht geplant, ein behindertes Kind aufzunehmen. Wir hatten das in dem Antragsformular nicht abgelehnt, aber nicht explizit gewünscht. (...) und haben auch so gedacht, das können wir gar nicht. Aber irgendwie ließ einen der Gedanke dann doch nicht los und man hat sich dann doch mehr mit diesem Thema Behinderung und so weiter beschäftigt.(...) Und wie wir ihn dann gesehen haben, dann war es ja eh passiert, dann war es ja eh egal, was für eine Behinderung er hat.“	<p>Aufnahme eines behinderten Kindes war nicht geplant</p> <p>Pflegekind nicht abgelehnt, aber auch nicht explizit gewünscht</p> <p>Auseinandersetzung mit dem Thema „Behinderung“</p> <p>erste Begegnung sehr einprägsam</p> <p>Entscheidung klar</p>	<p>Aufnahme eine Pflegekindes mit Behinderung war ursprünglich nicht geplant</p> <p><del>PK mit Behinderung nicht abgelehnt, aber auch nicht explizit gewünscht</del></p> <p>einprägsame erste Begegnung</p>	<p>Aufnahme eine Pflegekindes mit Behinderung war ursprünglich nicht geplant</p> <p>Down-Syndrom zum Zeitpunkt der Aufnahme als Diagnose bekannt</p>
D	95 bis	„Also, wir wussten, dass er das Down-Syndrom hat. Wir	PK hat das Down-Syndrom mit	Down-Syndrom als Diagnose	

	100	wussten, dass er nicht selber essen konnte. Er hatte ja damals eine Nasen-Sonde. Er war ein extremes Frühchen. Das war bekannt. Dass die Lungen nicht gut entwickelt waren. Und es war bekannt (...), es hieß eigentlich die Lebenserwartung beträgt eigentlich nicht mehr als ein Jahr. Also das war uns über die Behinderung bekannt.“	Begleitfolgen  geringe Lebenserwartung vorhergesagt  Lebenserwartung nicht mehr als ein Jahr	bekannt  <del>geringe Lebenserwartung möglich</del>  <del>Lebenserwartung gering</del>	
--	-----	--	--	--	--

**(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme (Pflegetochter)**

F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	100 bis 102	„Sie war ja nun schon älter mit vier Jahren: Down-Syndrom und Herzfehler und sie konnte nicht sprechen. Ansonsten relativ gut entwickelt. Nicht so gut gefördert halt.“	PK kein Baby mehr, schon 4 Jahre Down-Syndrom und Herzfehler bekannt gute Entwicklung nicht so gut gefördert	PK im Kleinkindalter Diagnose Down-Syndrom gute Entwicklung wenig Förderung bisher	gut entwickeltes, wenig gefördertes PK mit der Diagnose Down-Syndrom

**(3) Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben (Pflegesohn)**

F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	165 bis 169	„Nein, eigentlich nicht. Das kann ich nicht sagen. Ich habe eigentlich damals gar nicht über die Behinderung nachgedacht. Es ging bei ihm eigentlich damals eher ums Überleben in dieser Phase. Es war einfach immer nur der Kampf, dass er am Leben bleibt und über die Behinderung, Down-Syndrom und sonstiges hat man eigentlich gar nicht so sehr nachgedacht.“	PE haben am Anfang gar nicht über die Behinderung nachgedacht zu Anfang ging es eher ums Überleben es war immer ein Kampf ums Überleben keine Gedanken über Down-Syndrom gemacht	Behinderung anfangs gar nicht relevant, da es anfangs ums Überleben ging  <del>Kampf ums Überleben und keine Gedanken ums Down-Syndrom</del>	Behinderung des PK war anfangs gar nicht so relevant, weil es eher um Überleben ging PK lebt in eigener Welt, in der die Behinderung eine weniger bedeutende Rolle spielt
D	363 bis 369	„Also ich finde fast, dass es bei ihm eine weniger starke Rolle spielt, obwohl er ja stärker behindert ist, ist es aber so, dass er ja in seiner Welt lebt und man zwar die Pflege macht und so alles und er ist gut zufrieden in seiner Welt. Er ist gut in der Schule aufgehoben und hier zu Hause und alles und klar, er hat auch so keine Freunde, aber ich glaube er vermisst sie auch nicht. Also, wir sind ihm als Familie und so mit der Schule genug.“	Behinderung spielt für PK eine weniger bedeutende Rolle  PK lebt in seiner Welt PK gut aufgehoben in Familie und Schule	Behinderung spielt auch für PK eine weniger bedeutende Rolle  PK lebt in eigener Welt <del>und ist gut in Familie und Schule aufgehoben</del>	

<b>(3) Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben (Pflegetochter)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	369 bis 389	„Und bei unserer Pflegetochter, da spielt der Bereich Behinderung eine viel größere Rolle. Weil sie sehr grenzlastig ist, sie ist ein sehr fittes Downkind und wir haben sehr viele Schwierigkeiten in puncto Integration. (...) Deswegen ist uns eben auch mit die Idee entstanden, eben auch noch ein drittes Kind aufzunehmen, im Alter von unserer Pflegetochter, also ein bisschen jünger natürlich. Es muss ja das jüngste Kind definitiv bleiben, aber so dass sie dann auch noch einen Ansprechpartner hat, irgendwie.“	Behinderung spielt für PK eine viel größere Rolle sie ist ein sehr fittes Downkind große Schwierigkeiten in puncto Integration Idee, noch ein drittes PK mit Down-Syndrom aufzunehmen, damit PK noch einen Ansprechpartner hat	Behinderung für PK von großer Bedeutung, da relativ fit  <del>es gibt</del> Schwierigkeiten bei der Integration  Idee ein drittes Kind mit Down-Syndrom aufzunehmen <del>als Ansprechpartner</del>	PK ist recht fit, daher hat die Behinderung eine große Bedeutung da die Integration schwierig ist, gibt es die Idee der PE, ein weiteres Kind mit Down-Syndrom aufzunehmen

<b>(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegesohn)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	144 bis 149	„Das war im Krankenhaus (...) in der Kinderklinik und wir waren da hinter der Scheibe und da wurde er uns hochgehalten von der Krankenschwester und wie die Augen uns so angeblinzelt haben, da war es klar, dass das unser Kind ist, das war eigentlich vom ersten Augenblick an klar. Mein Mann und ich wir brauchten da gar nicht drüber reden, das war völlig klar. Ja, so war das (...).“	erste Begegnung war in der Kinderklinik PK wurde hochgehalten und Pflegeeltern haben ihn kurz gesehen PK hat PE kurz angeblinzelt es war von Anfang an klar, dass dies ihr Kind ist PE mussten nicht darüber reden es war von Anfang an klar	erste Begegnung <del>PK wurde gezeigt</del> <del>PE haben es kurz gesehen</del> <del>PK hat PE angeblinzelt</del> von Anfang an war klar, dass er es ist <del>PE mussten nicht drüber reden</del> <del>Klarheit von Anfang an</del>	schon von der ersten Begegnung an war den PE klar, dass das PK ihr Kind ist Pflegeverhältnis auf Dauer, volle Akzeptanz der ganzen Familie, besondere Schutzbedürftigkeit PE empfanden von Anfang eine „Liebe auf den ersten Blick“
D	152 bis 158	„ (...) und wie gesagt es stellte sich ja dann heraus, dass er nicht zurück zur leiblichen Familie ging und zu Hause blieb, also bei uns dann blieb und er wurde dann auch direkt von allen Familienmitgliedern akzeptiert und er war ja auch ganz sehr schutzbedürftig und brauchte ganz viel Zuwendung. Und die Kinder (die beiden Söhne) haben da auch nie Eifersucht gezeigt, sondern eigentlich eher ihn in Schutz genommen, weil er einfach so schutzbedürftig war.“	im Verlauf stellte sich heraus, dass das PK nicht in HF zurück kehrt PK blieb bei PE PK von allen Familienmitgliedern akzeptiert PK war besonders schutzbedürftig Keine Eifersucht der leiblichen Kinder, sondern Schutz gegeben besondere Schutzbedürftigkeit	keine Rückkehr in HF und damit Pflegeverhältnis auf Dauer <del>PK blieb in PF</del> von allen akzeptiert besondere Schutzbedürftigkeit des PK <del>keine Eifersucht der leiblichen Kinder, sondern eher Schutz gegeben wegen besonderer Schutzbedürftigkeit</del>	
D	163	„Ja, eigentlich von Anfang an. Liebe auf den ersten Blick. Doch.“	Liebe auf den ersten Blick von	Liebe auf den ersten Blick von	

D	174 bis 180	„Also, ich empfinde da gar keinen Unterschied zwischen meinen leiblichen Kindern und den angenommenen Kindern. Es wird einem ja oft vorgeworfen oder mal erwähnt. Ja, das sind ja nicht deine eigenen Kinder, ja du empfindest ja nicht so für sie. Aber ich, persönlich habe nicht das Gefühl das ich anders für sie empfinde, sondern schon direkt von Anfang an, bei beiden war das so, wie gesagt, (...) Liebe auf den ersten Blick.“	Anfang an PM empfindet keinen Unterschied zwischen leiblichen und angenommenen Kindern PM nennt den Vorwurf, das PK nicht ihre eigenen Kinder sind und sie deshalb nicht so für sie empfindet PM hat nicht das Gefühl, dass sie anders für ihre PK empfindet direkt von Anfang Liebe auf ersten Blick	Anfang an <del>PM empfindet emotional keinen Unterschied zwischen den Kindern</del>  <del>PM empfindet für alle Kinder emotional gleich</del>  <del>PE empfanden bei beiden Kindern Liebe auf den ersten Blick</del>	
---	-------------------	---	---	---	--

(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegetochter)					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	180 bis 186	„Bei ihr sicher eine andere Begegnung, aber auch direkt ganz klar, dass sie das ist die in unsere Familie noch gehört. Und sicherlich wächst dann mit der Zeit auch noch was, aber das wächst ja auch bei leiblichen Kindern, man hat ja bei seinem leiblichen Baby auch ein ganz anderes Verhältnis, als wenn es fünf ist oder dann zehn ist. Das ist ja immer eine andere Beziehung, die man dann hat. Und so hat sich das auch verändert und entwickelt. Ich fühle mich eigentlich für alle vier als Mutter im gleichen Sinne.“	bei PT eine andere Begegnung als beim PS direkt Klarheit, das die PT ihr Kind ist Beziehung anders als bei Baby Beziehung hat sich verändert Beziehung hat sich entwickelt PM fühlt sich für alle ihre Kinder als Mutter im gleichen Sinne	<del>jede Begegnung anders</del> <del>auch Klarheit, das PK ihr Kind ist</del> <del>Beziehung anders als bei Aufnahme eines Babys</del> <del>Beziehung hat sich verändert</del> <del>Beziehung hat sich entwickelt</del> im gleichen Sinne Mutter für alle Kinder	schon von der ersten Begegnung an war den PE klar, dass das PK ihr Kind ist PE empfanden „Liebe auf den ersten Blick“
D	177 bis 180	„(...) Aber ich, persönlich habe nicht das Gefühl das ich anders für sie empfinde, sondern schon direkt von Anfang an, bei beiden war das so, wie gesagt, (...) Liebe auf den ersten Blick.“	PM hat nicht das Gefühl, dass sie anders für ihre PK empfindet direkt von Anfang an bei beiden Liebe auf den ersten Blick	<del>PM empfindet für alle Kinder emotional gleich</del> PE empfanden bei beiden Kindern Liebe auf den ersten Blick	



<b>(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegetochter)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	174 bis 175	„Also, ich empfinde da gar keinen Unterschied zwischen meinen leiblichen Kindern und den angenommenen Kindern.“	PM empfindet in Bezug auf die Bindung keinen Unterschied zwischen leiblichen und angenommenen Kindern	<del>empfindet in Bezug auf die Bindung</del> keinen Unterschied zwischen leiblichen und angenommenen Kindern	kein Unterschied zwischen leiblichen und angenommenen Kindern

<b>(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegetochter)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	223 bis 230	„Sicher war es am Anfang, sie war ja schon vier, als sie kam. Schon schwierig, was heißt schwierig, einfach anders. Klar, wenn man ein Kind als Baby zu sich nimmt und es dann bei einem aufwächst. Sie hatte ja damals auch noch Erinnerung, von da wo sie war. Aber die sind jetzt auch komplett weg. Und klar, man musste sich aneinander gewöhnen, aber sie hat das sehr schnell genossen und aufgenommen und hat dann direkt von Anfang an Mama und Papa gesagt. Also, das war das erste eigentlich, was sie gesagt hat, sie hat ja im Heimbereich noch nicht gesprochen.“	am Anfang war es schwierig, weil die PT ja schon 4 Jahre alt war schwierig umschreibt die PM auch als anders frühere Erinnerung des PK spielen hinein frühere Erinnerungen sind komplett weg PK hat neues Zuhause schnell genossen und aufgenommen hat Mama und Papa gesagt	Alter des PK entscheidend, <del>war ja schon 4 Jahre alt Erinnerungen von früher sind anfangs vorhanden neues zu Hause schnell genossen und aufgenommen</del> sagt Mama und Papa	Alter des PK bei Aufnahme ist entscheidend Pflegekind sagt Mama und Papa

**(V) Zusammenfassungsmasken Interview 5: Familie E.**

<b>(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung (Pflegesohn)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
E	43 bis 51	<i>„Diese Geschichte haben wir uns angeguckt und es war einfach nur toll, was die da abgeleistet haben. Einfach nur toll. Und dann habe ich zuerst nur für mich überlegt, ob dies vielleicht auch eine Aufgabe für mich ist, weil ich wollte irgendwas machen, ich wollte aber auch zu Hause bleiben, bei meinen Kindern, während die in der Schule sind. Das war einfach so für mich das Ding, dass ich zu Hause bleiben wollte und ich wollte früher auch schon immer mit Kindern arbeiten. Eigentlich wollte ich dann auch einmal Kindergärtnerin werden, aber ich war nicht so gut in der Schule und dann kam alles andere dann dazwischen. Wir haben uns das lange angeguckt (...).</i>	PE erlebten bei einer befreundeten Familie, wie diese mit Pflegekindern lebten fanden das einfach nur toll PM suchte eine neue Aufgabe PM wollte gerne von zu Hause arbeiten Wollte gerne zu Hause bleiben eigentlicher Berufswunsch der PM, mit Kindern zu arbeiten	<del>PE erlebten bei befreundeten Familie, wie diese mit Pflegekindern lebten</del> fanden das einfach nur toll PM suchte eine neue Aufgabe PM wollte gerne von zu Hause arbeiten <del>wollte gerne zu Hause bleiben</del> <del>eigentlicher Berufswunsch der PM, mit Kindern zu arbeiten</del>	PM wollte eigentlich schon immer mit Kindern arbeiten, suchte nach einer neuen Aufgabe und wollte gerne von zu Hause arbeiten PE standen mitten im Leben und überlegten gemeinsam, ein PK aufzunehmen Motivation der PE, einem Kind zu helfen
E	53 bis 56	<i>„Und dann haben mein Mann und ich uns dann hingesetzt und gesprochen, ob das nicht vielleicht auch etwas für uns wäre. Ja, so sind wir da eigentlich ran gekommen. Dann haben wir uns beim Jugendamt beworben (...).</i>	PE überlegten gemeinsam ob die Aufnahme eines PK eine Aufgabe für sie wäre daraufhin haben sich die PE beim Jugendamt beworben	PE überlegten die Aufnahme eines PK gemeinsam <del>daraufhin</del> <del>Bewerbung beim Jugendamt</del>	
E	57 bis 61	<i>„Und es war einfach toll, wieder so ein ganz kleines zu haben, aber nicht ganz von vorne anzufangen. Kindern zu helfen, die vernachlässigt wurden. Der Junge kam aus einer Einrichtung, war schon von zu Hause weg gewesen. Wir wollten einfach nur Kindern helfen, mit Kindern arbeiten.</i>	PE empfanden es toll, wieder ein kleines Kind zu haben aber dennoch nicht von vorne anzufangen PE wollten vor allem auch einem Kind helfen	<del>ein kleines Kind versorgen, ohne von vorne anzufangen</del>  Motivation der PE, einem Kind zu helfen	
E	66 bis 67	<i>„Wir standen mitten im Leben. Mit den Kindern, unseren leiblichen klappte alles gut. Die waren alle einverstanden damit.“</i>	PE stand mitten im Leben mit den leiblichen Kindern klappte alles gut alle in der Familie waren einverstanden	PE standen mitten im Leben <del>und mit den leiblichen</del> <del>Kindern lief alles gut; alle Familienmitglied</del> <del>er waren einverstanden</del>	

<b>(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekinds mit (geistiger) Behinderung (Pflegetochter)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	109 bis 117	„Die konnten beide nicht aufnehmen und da haben wir gesagt. Das wäre ja noch einmal etwas für uns. Mädels, ich habe mir doch noch einmal Mädels gewünscht(...) Und dann haben wir festgestellt, dass sind ganz ruhige Mädels. Die könnten wir zu den Powerjungen aufnehmen. Das ist der Ausgleich, wenn der so seine Wutausbrüche hat“	PF hat zwei PT aufgenommen als sie erfahren haben, das niemand anders diese aufnehmen kann PM hat sich immer auch Mädchen gewünscht Mädchen waren sehr ruhig und passten sehr gut zu den lebhaften Jungs zu Hause	PF erfuhr das niemand anderes die zwei Mädchen aufnehmen konnte und beschloss, zwei PT aufzunehmen PM wünschte sich immer auch eine PT <del>ruhige Mädchen passten sehr gut zu den lebhaften Jungs</del>	PF nahm zwei PT auf, weil niemand anderes die beiden aufnehmen konnte PM hatte sich auch immer Tochter gewünscht

<b>(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme (Pflegesohn)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
E	73 bis 75	„Das hat man uns schon mit auf den Weg gegeben, dass eine Beeinträchtigung sein kann. Aber was letztendlich da raus kommt, das hat keiner gewusst und da hat uns auch nicht jemand darauf vorbereitet.“	PE wussten das PS eine Behinderung haben kann wie sich die Behinderung auswirken wird, war vorher nicht abschätzbar	PE wussten von der möglichen Behinderung des PS PE wussten nicht, wie sich die Behinderung auswirken wird	PE wussten, dass der PS eine Behinderung haben kann, in welchem Maße war jedoch unklar wirkliche Behinderung des PS wurde lange nicht erkannt; FAS erst später diagnostiziert
E	78 bis 81	„Nun, man konnte natürlich nicht sehen, wie weit das denn ausgeprägt ist alles. Und wie weit denn eine Schädigung stattgefunden hat, ob nun geistige Behinderung oder auch Vernachlässigung oder Missbrauch. Alles haben wir nicht gewusst, aber die geistige Behinderung haben wir gesehen.“	PE haben die Entwicklung des PS gesehen Es war unklar ob eine Schädigung stattgefunden hat, Vernachlässigung oder Missbrauch Geistige Behinderung war unklar PE haben geistige Behinderung gesehen	<del>PE haben den Entwicklungsstand des PS gesehen</del> <del>PE haben geistige Behinderung des PS gesehen</del>	
E	86 bis 97	„Bei dem Jungen, der hat eine chronische Bronchitis gehabt. Der war ständig erkältet. War ständig am Inhaliergerät. Sein Körpertonus war nicht in Ordnung. Er wurde vernachlässigt. Er war nicht richtig ernährt. Zuhause in den acht Monaten wo er da war. Er war danach im Kinderschutzhaus. Dann hat sich das alles ein bisschen reguliert. Nichtsdestotrotz haben wir ein verrotzes Kind mitbekommen. Sämtliche Arztbesuche standen dann an. Wobei wir dann trotzdem lange	PE haben PS am Anfang intensiv wahrgenommen  PE erkannte Vernachlässigung des PS  Wirkliche Beeinträchtigungen haben PE lange nicht mitbekommen  Behinderung war lange nicht	<del>PE haben PS am Anfang intensiv wahrgenommen</del>  <del>PE erkannte Vernachlässigung des PS</del>  Wirkliche Beeinträchtigungen haben PE lange nicht mitbekommen  <del>Behinderung war lange nicht</del>	

		nicht mitbekommen haben, das da irgendwelche Beeinträchtigungen sind. (...) Da hat man auch nichts wirklich von der Behinderung festgestellt, auch nicht von dem FAS. Das kam dann erst später.“	erkennbar  FAS erst später festgestellt	<del>erkennbar</del>  FAS wurde erst später diagnostiziert	
E	155 bis	„Bei unserem Jungen ja, da haben wir gar nichts gewusst. Nein, bei ihm nein. Da ... nein, da wussten wir nicht, dass er eine Behinderung hat.“	Lange von der Behinderung nichts gewusst PE wussten nicht, dass PS eine Behinderung hat	<del>PE haben lange nicht von der Behinderung gewusst</del>	

<b>(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme (Pflegetochter)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
E	75 bis 77	„Wobei man bei dem Mädchen uns schon darauf vorbereitet hat, dass wohl eine geistige Behinderung da ist. Also bei ihr ist es schon bewusst passiert.“	PE waren darauf vorbereitet, dass PT geistige Behinderung hat PE wussten von der geistigen Behinderung PE haben sich bewusst für PT entschieden	<del>PE waren auf die geistige Behinderung der PT vorbereitet</del> PE wussten von geistiger Behinderung <del>der PT</del> PE haben sich bewusst für PT entscheiden	PE haben sich bewusst für PT entschieden; sie wussten das PT eine geistige Behinderung hat
E	78 bis 81	„Nun, man konnte natürlich nicht sehen, wie weit das denn ausgeprägt ist alles. Und wie weit denn eine Schädigung stattgefunden hat, ob nun geistige Behinderung oder auch Vernachlässigung oder Missbrauch. Alles haben wir nicht gewusst, aber die geistige Behinderung haben wir gesehen.“	Schwere der geistigen Behinderung/ der Schädigung/ der Vernachlässigung ... war nicht abschätzbar PE haben die geistige Behinderung gesehen	<u>die Schwere der geistigen Behinderung war für die PE nicht abschätzbar</u> <u>PE haben anfangs die geistige Behinderung gesehen</u>	
E	117 bis 138	„Ja, wir wusste, dass da eine Behinderung ist, eine massive Vernachlässigung ist. Sprachstörung sowieso, sie hat überhaupt gar nicht gesprochen als sie zu uns kam. Sie konnte überhaupt gar keine Worte finden. Sie konnte einfach nicht sprechen. Sie hat eine massive Fehlstellung von Mund und Gebiss (...), Probleme mit den Ohren. Sie hat in der Kurzzeitpflege eine Brille bekommen (...). Geschweige denn auch die Impfungen und alles. Eine Fußfehlstellung hat sie, sie hat eine Trichterbrust und im Gesicht, man sieht ihr das an, dass sie behindert ist und man sieht ihr das auch an (...).“	PE wussten von der Behinderung, der massiven Vernachlässigung und der Sprachstörung und allen weiteren Problemen  man hat der PT angesehen, dass sie eine Behinderung hat	PE wussten von der Behinderung, <del>der massiven Vernachlässigung und der Sprachstörung und allen weiteren Problemen</del>  <del>man hat der PT angesehen, dass sie eine Behinderung hat</del>	

<b>(3) Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben (Pflegesohn)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
E	78 bis 81	„Nun, man konnte natürlich nicht sehen, wie weit das denn ausgeprägt ist alles. Und wie weit denn eine Schädigung stattgefunden hat, ob nun Vernachlässigung oder Missbrauch. Alles haben wir nicht gewusst, aber die geistige Behinderung haben wir gesehen.“	bei der Aufnahme konnte man noch nicht so weit sehen, wie weit die Behinderung/ Schädigung ausgeprägt war um die Auswirkungen der Behinderung hat Familie nicht gewusst, haben aber die Behinderung gesehen	bei Aufnahme des PS war die Schwere der Behinderung/ der Schädigung unbekannt <del>Auswirkungen der Behinderung unbekannt</del> PF hat die Behinderung gesehen	bei der Aufnahme des PS war die Schwere der Behinderung noch unbekannt, die PF hat aber dem PS die Behinderung bereits angesehen

<b>(3) Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben (Pflegetochter)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
E	297 bis 304	„Nein, nicht eine wirkliche Rolle. Aber wir haben natürlich schon überlegt, schaffen wir das? Ja, kriegen wir das hin? Ist es das, was wir sehen. Keine Ahnung, die Augen, die Ohren, die Füße, ja. Und auch die geistige Behinderung, die ja dann auch da war schon. Doch, aber es war keine Angst da, es einfach noch einmal so ein in sich hinein hören. Mensch, schaffen wir das, kriegen wir das hin? Aber wenn, müssen wir alle zusammen das hinkriegen. Denn alleine weiß ich nicht, ob ich das schaffe, so in der Richtung, ja.“	Behinderung hatte bei Aufnahme in die PF keine Rolle/ hatte keine Bedeutung Überlegungen, ob PF es schafft, ob sie es hinbekommen/ leisten können Keine Angst, aber ein in sich hinein hören Klar war, das alle es zusammen hinbekommen müssen, nicht nur die PM allein	Behinderung hatte bei Aufnahme in die PF keine Bedeutung Überlegungen, ob PF es schaffen/ leisten kann <del>keine Angst vor der Aufgabe, aber ein in sich hinein hören nicht nur als Aufgabe der PM,</del> sondern für die ganze Familie	bei der Aufnahme der PT hatte die Behinderung keine Bedeutung, dennoch hinterfragten die PF, ob sie dies Aufgabe leisten können Aufgabe für die ganze Familie

<b>(4) Elternschaft - Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegesohn)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
E	434 bis 437	„Ja, bei ihm auch schon mehr, als bei unserer Pflegetochter. Gut, erbrauchte ja auch mehr. Er war ja noch das Pamperskind, er konnte ja weder krabbeln noch sonst irgendwas. Er konnte ja eigentlich gar nichts mit seinen 13 Monaten, also ja nicht viel.“	PM hatte mehr mütterliche Gefühle als bei PT  PS war Baby und brauchte mehr, krabbelte nicht usw.	mehr mütterliche Gefühle <del>als für die PT</del>  PS war noch ein Baby, <del>das mehr brauchte</del>	PM hatte mehr mütterliche Gefühle, da PS noch ein Baby war
E	460 bis 467	Aber es ist doch eine ein bisschen andere Bindung als zu unserer Tochter. Ich denke mal, es liegt einfach daran, dass er Baby war, als er gekommen ist und sie tatsächlich schon auf ihren	andere, engere Bindung zum PS als zur PT  andere Bindung begründet	<del>andere, engere Bindung zum PS enger als die zur PT</del>  begründet	

		eigenen Beinen hier reingegangen ist, denke ich mal. Natürlich habe ich beide gleich lieb, aber doch, es ist, ich kann es einfach gar nicht beschreiben, es ist etwas anders. Noch mehr Mutter für ihn denke ich mal, noch mehr Mutter.“	dadurch, dass PS noch ein Baby war  beide PK gleich lieb, aber es ist dennoch anders PM empfindet, für PS mehr Mutter zu sein	<del>dadurch das PS noch ein Baby war</del>  beide Kinder gleich lieb, <del>dennoch anderes Empfinden</del>	
--	--	--	--	---	--

(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“ (Pflegetochter)					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
E	288 bis 289	„Freude, ja Freude. Und voll auch noch einmal dieses Muttergefühl, noch einmal darin aufzugehen in dieser Rolle, Kindern zu helfen, ja.“	PM empfand starke mütterliche Gefühle und freute sich bei der Übernahme, noch einmal in den Muttergefühlen aufgehen zu können	starke Muttergefühle der PM <del>große Freude über die PT und die damit verbundenen Muttergefühle</del>	PM erlebte starke Muttergefühle PM fühlt sich als Mutter und wird auch Mama genannt
E	293 bis 295	„Ja doch. Doch, das denke ich schon. Dadurch das unsere Pflegetochter auch sehr distanzlos war, so zum Kuscheln kam hatten wir da keine Probleme, da bekam man einfach Muttergefühle.“	PT machte den Übergang durch ihre Distanzlosigkeit einfacher PM kuschelte viel mit PT und Muttergefühle verstärkten sich	<del>verstärkte Muttergefühle auch wegen Distanzlosigkeit der PT</del>	
E	308 bis 310	„Freude, ich weiß Freude war da, doch. Auch als wir hingefahren sind zum ersten Kontakt, so ein Kribbeln irgendwie, so ein aufregendes Gefühl, was kommt jetzt, ich freu mich.“	große Freude beim ersten Kontakt der PM mit PK freudige Erwartung auf das was kommt	<del>große Freude auf die PT und auch auf das was kommt</del>	
E	312 bis 318	„Ja doch, da fühle ich mich als Mutter und so werde ich ja auch betitelt, so werde ich auch angenommen. Sie weiß schon, dass ich nicht ihre leibliche Mutter bin (...). Also, dass weiß sie schon, das kann sie auch unterscheiden, aber sie hat von Anfang an gleich Mama gesagt (...).“	PM fühlt sich als Mutter PM wird auch so betitelt PK weiß, dass PM nicht die leibliche Mutter ist PK hat von Anfang an Mama gesagt	PM fühlt sich als Mutter <del>und wird auch so genannt</del>  <del>PK weiß, dass PM nicht ihre Mutter ist, sagt aber Mama zu ihr</del>	

<b>(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegesohn)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
E	458 bis 467	„Doch, die Bindung war schon enger. Ich wollte sie auch enger haben. Bloß er hat es zu Anfang gar nicht zugelassen. Er hat alles was blond war ignoriert. Ich konnte mit ihm auch gar nicht kuscheln oder ihn auf meinem Schoß. Er ist immer gleich abgehauen. Weg, also er hat da schlechte Erfahrungen wohl mit seiner Mutter gemacht. Aber es ist doch eine ein bisschen andere Bindung als zu unserer Tochter. Ich denke mal, es liegt einfach daran, dass er Baby war, als er gekommen ist und sie tatsächlich schon auf ihren eigenen Beinen hier reingegangen ist, denke ich mal. Natürlich habe ich beide gleich lieb, aber doch, es ist, ich kann es einfach gar nicht beschreiben, es ist etwas anders. Noch mehr Mutter für ihn denke ich mal, noch mehr Mutter.“	Bindung zum PS von Anfang an enger als zur PT PM wollte Bindung anfangs auch enger haben  Bindung zu gestalten war am Anfang schwierig  andere Bindung als zu PT  Grund für enge Bindung, das PS schon als Baby in PF kam  gleiche Liebe für beide PK dennoch andere Bindung, mehr Mutter	besonders enge Bindung zum PS engere Bindung zum PS als zur PT PM wollte besonders enge Bindung zum PS  Bindung zu gestalten zum PS war anfangs schwierig  <del>andere Bindung zum PS, da PS</del> schon als Baby in der Familie  <del>PM empfindet gleiche Liebe für beide Kinder</del> <del>andere Bindung zum PS</del> <del>mehr Mutter</del>	PM hat besonders enge Bindung zum Pflegesohn, die sich anders gestaltet, als die zur PT PM hat von Anfang an eine enge Bindung angestrebt, da PS als Baby kam, auch wenn sich diese zuerst schwierig gestaltete

<b>(5) Bindung zum Pflegekind (Pflegetochter)</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
E	337 bis 339	„Doch, die ist schon intensiver geworden, die hat sich wirklich mit der Zeit gefestigt. Man kann schon sagen, dass ist eine Mutter-Tochter-Beziehung. Ja.“	die Bindung zur PT ist mit der Zeit intensiver geworden die Bindung zur PT hat sich mit der Zeit gefestigt es ist eine Mutter-Tochter-Beziehung entstanden	Bindung zum PT ist intensiver geworden <del>Bindung zur PT</del> hat sich gefestigt  Entstehung einer Mutter-Tochter-Beziehung	Bindung zur PT ist intensiver geworden und hat sich zu einer richtigen Mutter-Tochter-Beziehung gefestigt Bindung zur PT, die später in die Familie kam, ist anders intensiv
E	460 bis 467	Aber es ist doch eine ein bisschen andere Bindung als zu unserer Tochter. Ich denke mal, es liegt einfach daran, dass er Baby war, als er gekommen ist und sie tatsächlich schon auf ihren eigenen Beinen hier reingegangen ist, denke ich mal. Natürlich habe ich beide gleich lieb, aber doch, es ist, ich kann es einfach gar nicht beschreiben, es ist etwas anders. Noch mehr Mutter für ihn denke ich mal, noch mehr Mutter.“	Bindung zur PT ist anders, als die zum PS, der als Baby in die Familie kam  PT kam schon auf eigenen Beinen  gleiche Liebe für beide PK dennoch andere Bindung, mehr Mutter	anders intensive Bindung zur Pflegetochter, die später in die Familie kam  <del>PM empfindet gleiche Liebe für beide Kinder</del> <del>andere Bindung zum PS, für ihn</del> <del>mehr Mutter</del>	

## (VI) Zusammenfassungsmasken Interview 6: Familie F.

(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
F	34 bis 45	„Ja, eigentlich wollten wir ein Kind adoptieren. Dann wurde uns nach einigen Jahren ein Kind angeboten, das allerdings schon etwas älter war, schon viereinhalb Jahre, ein Junge. Der Vater wollte das Kind zur Adoption freigeben, die Mutter war unbekannt verschollen, oder so, keine Ahnung, was da wirklich war. Dann haben wir uns so ein bisschen entschieden, dass nicht zu machen, weil uns das zu unsicher war. Da hatten wir so ein bisschen Angst. Ja und dann dauerte das gar nicht lange, vielleicht drei, vier Monate später, da wurde uns dann wieder ein Kind angeboten. Man hatte uns nicht gesagt, ob Junge oder Mädchen, das war uns auch egal. Und er lebte zu der Zeit in der Notpflege. Ja, und dann haben wir ihn zuerst zwei-, dreimal besucht und dann haben wir uns entschieden, ihn aufzunehmen. Eigentlich als Adoptionskind.“	<p>Ziel war eigentlich die Adoption eines Kindes</p> <p>ein Pflegekind aufzunehmen erschien des PE anfangs zu unsicher</p> <p>ein Kind wurde angeboten, das in einer Notpflege lebte und wurde zur Adoption angeboten</p> <p>Entscheidung fiel schnell nach einige Besuchen</p>	<p>Ziel war <del>von Anfang an</del> die Adoption eines Kindes</p> <p>ein Pflegekind aufzunehmen erschien des PE anfangs zu unsicher</p> <p><del>ein Kind wurde angeboten, das in einer Notpflege lebte und wurde zur Adoption angeboten</del></p> <p>Entscheidung fiel schnell nach einige Besuchen</p>	<p>Anfänglich war die Adoption eines Kindes angestrebt, da die PE eine Pflegschaft für zu unsicher hielten</p> <p>Ziel war eine Familie, die besteht</p>
F	47 bis 50	„Die Adoption war eigentlich unser Ziel, aber nur weil ich Angst hatte, dass man uns das Pflegekind wieder wegnimmt nach kurzer Zeit. Das hätte ich nicht so gekonnt. Wir wollten eine Familie und nicht immer wieder verschiedene Pflegekinder für kurze Zeit, das wollten wir nicht.“	<p>ein Pflegekind aufzunehmen erschien des PE anfangs zu unsicher</p> <p>Ziel war eine Familie die besteht</p>	<p><del>ein Pflegekind aufzunehmen erschien des PE anfangs zu unsicher</del></p> <p>Ziel war eine Familie</p>	



<b>(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
F	59 bis 64	„Nein, in keiner Weise. Er galt als entwicklungsverzögert. Das war aber eigentlich auch verständlich. Er lebte schon mehrere Monate in der Notpflege, weil seine leibliche Mutter nicht zu erreichen war. Ich habe damals gesagt, ist ja okay, normal. Wenn sich niemand um ein Kind kümmert, dann kann es sich nicht entwickeln. Ich habe halt gedacht, das ist das Kleinere. Das bekommen wir schon hin.“	keine Kenntnis über die Behinderung  Kind galt als entwicklungsverzögert  PE waren überzeugt, die Entwicklungsverzögerung gut in den Griff zu bekommen	keine Kenntnis über eine Behinderung  entwicklungsverzögertes Kind  <del>PE waren überzeugt, die Entwicklungsverzögerung gut in den Griff zu bekommen</del>	zum Zeitpunkt der Aufnahme hatten die PE noch keine Kenntnis über eine Behinderung; es hieß nur eine Entwicklungsverzögerung vor, die glaubten die PE gut in den Griff zu bekommen  Erst nach und nach Kenntnis über die Erkrankung/ Schädigung/ Behinderung
F	94 bis 99	„Das kam alles so nach und nach. Ich muss in der gleichen Klinik gewesen sein, wo er schon einmal behandelt wurden ist. da hat mich der Arzt wohl verwechselt mit der leiblichen Mutter oder mit der Tante. Ich weiß es nicht. Dadurch habe ich einiges erfahren. Das hätte er mir nie sagen dürfen. Was sollte ich sagen, ich habe ja nicht gesagt, er soll es mir nicht sagen. Ansonsten, ich weiß nicht sehr viel. Er hat Geschwister, (...)“	PE erfuhren erst nach und nach von dem Ausmaß der Erkrankung/ Behinderung	nach und nach Kenntnis über die Erkrankung/ Schädigung/ Behinderung	
F	104 bis 108	„Wir haben dieses gelbe Untersuchungsheft. Da war mir erst nicht klar, was dieses Wort Abusus bedeutet. Jetzt weiß ich es halt. Ob sie jetzt Drogen oder oder es ist nicht näher beschrieben. Es steht nicht da. Es steht nur Abusus, ist angekreuzt, das ist alles. Was da noch genau mit ihm war, wir wissen es nicht.“	aus dem gelben Untersuchungsheft ließ sich aus dem Vermerk eine mögliche Schädigung des Kindes deuten	<del>Vermerk im gelben Untersuchungsheft ließ auf eine Schädigung deuten</del>	

<b>(3) Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
F	146	„Ja, dann kam alles anders.“	es gab eine Wendung im Verlauf, es kam alles anders	es gab eine Wendung im Verlauf, es kam alles anders	Entwicklung nahm einen unvorhersehbaren Verlauf; schwerste Anfälle, lange Krankenhausaufenthalte bis zur Diagnose Entwicklung Schritt für Schritt; wäre sonst nicht zu verkraften gewesen PF akzeptieren PS so, wie er ist, manchmal wird ihnen ihr Anders sein bewusst
F	150 bis 153	„Denn ich war ja eigentlich nur zehn Tage mit ihm zu Hause, ich bin dann gleich ins Krankenhaus gefahren, weil ich gemerkt habe, dass da irgendwas nicht in Ordnung ist. er wurde ganz blau. Und dann habe ich dann halt die Beziehung extrem aufgebaut und mein Mann war zu Hause, der musste arbeite.“	überraschend folgte ein Krankenhausaufenthalt	<del>Überraschender Krankenhausaufenthalt</del>	
F	163 bis 168	„Er hatte alle Anfälle, die man sich nur vorstellen konnte. Von Sturzanfällen, sodass ich ihn gar nicht mehr losgelassen habe, weil er immer nur mit dem Kopf irgendwo hingeknallt ist. Zunge durchgebissen, Nase gebrochen, alles was man sich vorstellen kann. (...) Das war heftig. Nach Hause gefahren bin ich in der Zeit nicht.“	PK hatte schwerste Anfälle und musste langfristig im Krankenhaus verbleiben	<del>Schwerste Anfälle führten zu langen Krankenhausaufenthalten</del>	
F	186 bis 193	„Die Diagnose kam am 23. Dezember 2005 (...). Ja, das Kind hat Lennox-Gastaut. Sie können dann erst einmal nach Hause fahren. Und für mich war das so, ich wusste, was das heißt. Es ist eine der schlimmsten Epilepsien die es halt gibt, die Kinder entwickeln sich nicht nach vorne, die gehen immer weiter zurück. Das ist bei unserem Pflegesohn fast nicht mehr möglich und dann bin ich nach Hause gefahren, mit einem blassen Kind, das gerade wieder einen Sturzanfall hatte, vollgedröhnt mit Cortison und ich voll am Ende.“	Diagnose kam kurz vor Weihnachten  es bestätigte sich, das der PS die schwerste Form der Epilepsie hat  PM am Ende	Diagnose kam kurz vor Weihnachten  schwerste Form der Epilepsie  <del>PM am Ende</del>	
F	216 bis	„Es kam so eins nach dem anderen und Gott sei Dank sehr langsam auf uns zu, auch das das mit dem Gehör nicht so funktioniert. Das kam alles in Etappen glücklicherweise, denn so auf einem Schlag hätte ich das nicht so gebrauchen können. Und jetzt ist es so, dass wir ihn so akzeptieren, wie er ist	Entwicklung verlief laut PM zum Glück Schritt für Schritt  PF akzeptiert den PS so wie er ist	laut PM verlief Entwicklung zum Glück Schritt für Schritt  PF akzeptiert den PS so wie er ist	
F	477 bis 481	„Aber ausgegrenzt fühlen wir uns nicht. Aber ich fühle mich anders, wenn ich mit ihm durch	PM beschreibt, dass sie sich	PM wird das Anderssein mit	

		die Straße gehe. Und die Mamas mit gesunden Kindern sehe. Die schimpfen mit ihren Kindern wegen Kleinigkeiten und ich denke nur, Mensch Leute ihr habt doch überhaupt kein Problem. Das ist schon manchmal so, dass ich mich genervt fühle.“	manchmal anders fühle, wenn sie mit ihrem PS durch die Straße geht	dem PS bewusst	
--	--	--	--	----------------	--

<b>(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
F	122 bis 140	„Also, wir sind mit der Jugendamtsmitarbeiterin in der Notpflegfamilie und da öffnete so ein kleines Mädchen die Tür. Dann sind wir weiter geführt wurden und dann hat man uns ihn gezeigt. Er konnte schon stehen und stand dann schielend mit ganz vielen Locken an diesem Gitter und dann war es um mich passiert und ich habe gedacht, der ist es. Ich wusste sofort, den nehme ich mit. die Jugendamtsmitarbeiterin hat gesagt, lassen sie erst einmal die Gefühle sprechen. Es kann auch sein, dass man sagt, nein das ist nicht meins, aber das passte einfach. Wir haben ihn dann besucht, ich glaube zwei Mal. (...) Und dann haben wir ihn über Ostern für zwei Nächte mit nach Hause genommen. (...) Ich hätte ihn am liebsten hier behalten (...) Aber ich hätte ihn am liebsten gleich behalten.“	<p>PM berichtet von der ersten Begegnung mit dem PS und davon, dass sie sich auf den ersten Blick in ihn verliebte und sie wusste, dass er es ist</p> <p>PM wusste sofort, dass sie den PS mitnimmt</p> <p>PM wollte PS am liebsten sofort bei sich behalten</p>	<p><del>PM wusste von Anfang an, dass der Junge ihr Junge ist,</del> verliebte sich in ihren PS auf den ersten Blick</p> <p>Entscheidung für PS fiel schnell</p> <p><del>PS am besten gleich bei sich behalten wollen</del></p>	<p>PM beschreibt eine Liebe auf den ersten Blick für ihren PS</p> <p>PE und PS waren sich von Anfang an nicht fremd</p> <p>PE verstehen Elternschaft im dem Kind Liebe, Zeit und Freiheit geben</p>
F	393 bis 397	„Ja, eigentlich von Anfang an. Das war nie fremd. Ich habe auch erst gedacht, vielleicht ist das komisch, das war nie fremd und das ist auch so geblieben. Und er sabbert ja extrem und er ist ja eigentlich ein fremdes Kind. Und früher dachte ich immer, dass muss ich nicht so haben, aber bei ihm war das nie so, also für mich war das immer normal. Und ich denke für meinen Mann auch.“	PS war dem PE nie fremd, von Anfang an nicht und das ist auch so geblieben	<p>nie Fremdheit zwischen PE und PS</p> <p><del>das ist auch so geblieben</del></p>	
F	452 bis 456	„In unserem Fall eigentlich, dem Kind Liebe geben und in seinem Leben, für sein Leben die Freiheit geben, die er braucht. Das heißt in unserem Fall auch, die Bewegungsfreiheit, die er braucht. Und wir schränken uns	Elternschaft bedeutet für die PE, dem Kind Liebe zu geben und für das Leben des PK Freiheit	Elternschaft bedeutet für die PE, dem Kind Liebe zu geben und für das Leben des PK Freiheit	

		<i>ein bisschen für ihn ein, das ist so, das ist eigentlich alles. Weil Erziehung, das kann ich gar nicht leisten. Das kann ich nur durch Liebe und durch Zeit bieten.“</i>	sich für das PK auch einschränken  Erziehung bei PS nicht leistbar, aber Liebe und Zeit	<del>sich für das PK auch einschränken</del> <del>Erziehung bei PS nicht leistbar,</del> aber Liebe und Zeit	
--	--	---	---	--	--

<b>(5) Bindung zum Pflegekind</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
F	152 bis 153	<i>„Und dann habe ich dann halt die Beziehung extrem aufgebaut und mein Mann war zu Hause, der musste arbeite.“</i>	PM hat während langer gemeinsamer Krankenhausaufenthalte eine sehr enge Bindung zum PK aufgebaut	Aufbau einer sehr engen Bindung zwischen PM und PS aufgrund langer gemeinsamer Krankenhausaufenthalte	Aufbau einer sehr engen Bindung aufgrund langer gemeinsamer Krankenhausaufenthalte und aufgrund der besonderen Bedürfnisse des PS
F	398 Bis 400	<i>„Das ist heute noch so, dass beide ihre Knuddelzeit haben sonntags, da sitzt er auf Knien, guckt ihn an und zack ist er dann auf seinem Schoß. Das braucht er. Das ist immer. Er war von Anfang an unser.“</i>	Verbringen einer intensiven Zeit miteinander  PS war von Anfang an Kind der PE	<del>Verbringen einer intensiven Zeit miteinander</del>  <del>PS war von Anfang an Kind der PE</del>	
	406 bis 414	<i>„Nur ich denke die Bindung ist, dadurch das wir wirklich Tag und Nacht zusammen waren und diese Krankheit eben auch. Ich denke, wenn ich ein Pflegekind jetzt auch zehn Jahre hätte, was gesund ist, da wäre die Bindung auch da, aber ich könnte eher loslassen. Das denke ich schon. Aber er, er kann nicht sprechen, er kann niemanden sagen was ihm weh tut. Ohne mich geht es einfach nicht. Ich verstehe ihn ohne Worte. Das ist es. Auch wenn es manchmal schwer ist. das kann man nicht. Ich bin auch manchmal am Ende und möchte einfach weg, aber das bringt ja nichts.“</i>	extrem enge Bindung zwischen PM und PS aufgrund der langen gemeinsamen Krankenhausaufenthalte  auch die besonderen Bedürfnisse des PS haben eine enge Bindung zwischen PM und PS geschaffen	<del>Bindung zwischen PM und PS aufgrund langer gemeinsamer Krankenhausaufenthalte</del> <del>sehr eng</del>  die besonderen Bedürfnisse des PS haben eine enge Bindung zwischen PM und PS geschaffen	

## (VII) Zusammenfassungsmasken Interview 7: Familie G.

<b>(1) Motivation zur Aufnahme eines Pflegekindes mit (geistiger) Behinderung</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
G	18 bis 29	„Und entschlossen haben wir uns dazu, wir haben eine leibliche Tochter, und ich hatte eine sehr schwere Geburt und wir wollten gerne ein zweites Kind. Da haben wir uns überlegt, wenn nicht ein eigenes, warum kann nicht auch ein anderes dann bei uns groß werden. Und so sind wir dann zu einem Pflegekind gekommen. Allerdings ein anderes, wie wir uns das vorgestellt hatten. (...) Wir sind da sehr blauäugig in die Sache herein gerutscht (...).“	haben sich für ein PK entschlossen, da ein Kinderwunsch bestand  wenn kein eigenes, kann auch ein anderes Kind groß werden PE hatten am Anfang andere Vorstellungen PE sind blauäugig in die Sache gerutscht	es bestand ein Kinderwunsch Entschluss ein PK aufzunehmen  <del>wenn kein eigenes Kind,</del> dann einem PK ein zu Hause geben  <del>anfangs andere Vorstellungen</del>  in „Sache“ hineingerutscht	Aus einem Kinderwunsch heraus entstand der Entschluss ein Pflegekind aufzunehmen und damit einem Kind ein zu Hause zu geben
G	59 bis 64	„Na von mir (ging der Wunsch aus), ich war ja alleinerziehend, also von mir. Das war ein ruhiges, niedliches Mädchen und ich hatte durch das vorherige Pflegekind ein unheimlich gutes Gefühl dabei, dass ich sie aufnahm und das Zusammenleben mit einem behinderten Kind und mit genau diesem Mädchen das war eigentlich ganz klasse.“	Wunsch ging von PM aus  Mädchen war niedlich Gefühl war gut	<del>Kinderwunsch der PM</del>  <del>PK entsprach den Vorstellungen</del>	

<b>(2) Kenntnis über die Behinderung zum Zeitpunkt der Aufnahme</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
G	107 bis 110	„Ja und nein. Eine Behinderung ja. Sie hatte massive Sprachprobleme, man konnte sie gar nicht verstehen. Ihre ersten Worte waren Margarine und Fleischsalat. Das wollte sie essen und da sie immer nur auf das zeigte, da habe ich mir gesagt, so geht das nicht.“	Wissen um eine Behinderung war nicht vorhanden  massive Sprachprobleme des PK	Wissen um eine Behinderung war nicht vorhanden  <del>Sprachprobleme des PK waren bekannt</del>	Wissen um eine Behinderung war nicht in dem Maße vorhanden
G	171 bis 182	„Über ihre Behinderung wusste ich gar nichts. Mir wurde sie vorgestellt, als ein siebenjähriges Mädchen, das in ein Sprachheilinternat geht, das zur L-Schule geht, also eine Lernbehinderung hat und sonst nichts. Dass sie noch vier Geschwister hat (...) der Vater die älteren Mädchen missbraucht hat.“	PK wurde vorgestellt, Sprachbehinderung und Lernbehinderung offensichtlich Familiäre Geschichte nicht wirklich	<del>PK mit offensichtlich Sprachbehinderung und Lernbehinderung</del>  <del>Familiäre Situation unklar</del>	

<b>(3) Bedeutung der Behinderung in Bezug auf das emotionale Erleben</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
G	318 bis 328	„Sie kam (...) und ich dachte, die ist ja niedlich. Ein viertel Jahr, halbes Jahr später fand ich sie nicht mehr niedlich, da war sie einfach nur auffällig. Aber ich mochte sie so, wobei es danach natürlich auch in unseren Kämpfen aufeinander zu auch Situationen gab, wo ich (...) hätte den Koffer nehmen können, ihre Sachen packen können und sie wegbringen können. Ohne mit der Wimper zu zucken. Das wäre gegangen, weil sie mich oftmals bis an meine Schmerzgrenze erreicht, also das schafft sie wunderbar.“	PM war bei der Aufnahme geblendet  PM fand PK augenscheinlich niedlich, dann war PK aber sehr auffällig  PK hat PM oftmals gefühlsmäßig bis an die Schmerzgrenze gebracht	<del>anfangs war PM sehr vom PK geblendet</del>  PK ist sehr auffällig <del>Anfangs augenscheinlich sehr niedlich</del>  PK bringt PM oftmals gefühlsmäßig bis an die Schmerzgrenze	PK bringt PM im emotionalen Erleben aufgrund von Auffälligkeiten oftmals bis an die Schmerzgrenze, jedoch war immer klar, dass das PK bleibt
G	331 bis 335	„Damals habe ich mich blenden lassen. Ja, dann habe ich sie kennen gelernt und sie hat geklaut, sie war auffällig ohne Ende, die hat glaube ich das ganze Repertoire durch, was man alles negativ machen kann hat sie durch. Und ich habe ihr dann jedes Mal gesagt, du kannst dich hier noch so schlimm benehmen, du gehst nicht ins Heim, du bleibst hier“.	PM hat sich anfangs blenden lassen  PM hat PK kennen gelernt, hat geklaut  Klarheit der PM gegenüber dem PK, egal, es bleibt in der Familie	<del>PM anfangs geblendet von PK</del>  <del>PM hat PK kennen gelernt, hat geklaut</del>  Klarheit der PM gegenüber dem PK, egal, es bleibt in der Familie	

<b>(4) Elternschaft – Erleben von „mütterlichen Gefühlen“</b>					
F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
G	347	„Ja, ja.“	Klarheit der PM zur Elternschaft	ja zur Elternschaft	PM bejaht Elternschaft und mütterliche Gefühle ganz klar emotionaler Zugang bei jüngeren PK einfacher Pflegemütter zu sein entspricht dem Muttersein, das macht keine Unterschiede, da man das Gleiche bewirken möchte
G	349 bis 358	„Also, ja. Am Anfang war es natürlich eine andere Situation. Sie kam in die Notaufnahme. Das ist bei mir so und wenn man ein Notaufnahmekind bringt, dann hat dieses Kind einen Rucksack zu tragen, aber ich kann dann das Repertoire abrufen. So, was mache ich. Ich kontrolliere, ich brauche Daten, ich brauche Fakten für meine Akten. Ich kontrolliere das Kind, ob sie irgendwelche Insekten mitgebracht hat, irgendwelche Verletzungen, Hämatome oder irgendwelche Auffälligkeiten, Hautauffälligkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, das Miteinander. Alles das wird dann abgerufen und ja, dass ich jetzt alle Kinder sofort in mein Herz schliesse, das kann ich jetzt auch nicht sagen.“	am Anfang Situation durch Kurzzeitpflegetherhältnis unklarer  PM beschreibt Regularien der Kurzzeitpflege, die sich in der Aufnahme-situation vollziehen  PM beschreibt, dass sie nicht alle PK sofort ins Herz schließt, aber diese PT schon	<del>im Rahmen der Kurzzeitpflege ergeben sich andere Ausgangssituationen es sind bestimmte Regularien erforderlich</del>	

		<i>Aber sie, sie war niedlich.“</i>			
G	360 bis 372	<i>„Man kann das so sagen, es gibt Kinder die ich nicht mag, die könnte ich auch nicht in den Arm nehmen. Es gibt auch Kinder, die will ich hier nicht sehen, weil ich sie einfach nicht mag. Da komme ich gar nicht erst in die Situation, sie in den Arm nehmen zu müssen und es gibt Kinder, die kann ich auch so in den Arm nehmen und trösten. Und so ist das. Und wenn man ganz kleine Kinder bekommt, das ist natürlich ganz klar, die schließt man sofort ins Herz. Das geht ja sowieso über den Körperkontakt. Meine Pflegetochter die war ja nun schon größer, das ging langsamer. Langsamer als bei meiner anderen Pflegetochter, die ich mit fünf Wochen bekommen habe. Da knuddelt und knutscht man den ganzen Tag mit rum. Aber mit einem siebenjährigen Mädchen, dass sich immer abwehrt und sich ekelig schüttelt, wenn man sie einmal in den Arm nimmt. Und ihr war es nicht von Anfang an klar, dass sie in Dauerpflege geht. Sie wollte ja immer zurück zu ihren Eltern.“</i>	PM berichtet über ihren emotionalen Zugang zu Kindern und darüber, dass dieser sehr unterschiedlich ist  PM erzählt, dass es leichter ist ganz kleine Kinder sofort ins Herz zu schließen  über Körperkontakt bei jüngeren Kindern entsteht ein leichter emotionaler Zugang als bei älteren PK  PK hat anfangs keinen engen Kontakt zugelassen, weil diese zurück zu HF wollte	<del>Unterschiedlicher emotionaler Zugang zu PK</del>  je jünger ein Kind ist, desto leichter der emotionale Zugang  <del>emotionaler Zugang bei jüngeren Kindern über Körperkontakt einfacher</del>  <del>Körperkontakt bei PT anfangs nicht möglich</del>	
G	402 bis 405	<i>„Also, für mich ist das beides gleich, ich wähle da oder das (bezogen auf die Bezeichnung Mama). Das ist beides gleich. Aber das ändert nichts an der Tatsache, dass ich für meine Kinder etwas bewirken will und hinter meinen Kindern stehe. Da mache ich keine Unterschiede.“</i>	PM verwendet Begriffe Mama und Pflegemama synonym Muttersein ist für PM gleich, da sie das Gleiche bewirken will, keine Unterschiede macht	Pflegemutter zu sein entspricht dem Muttersein, das macht keine Unterschiede, da man das Gleiche bewirken möchte	

#### (5) Bindung zum Pflegekind

F.	Z.	Zitat aus dem Interview	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
G	417 bis 419	<i>„Eine enge Bindung. Ich freue mich, wenn sie mal weg ist, das muss ich mal ganz ehrlich gestehen, aber ich freue mich auch, wenn sie wieder da ist. sie fehlt ja doch dann.“</i>	es besteht eine enge Bindung zwischen PM und PT PM freut sich, wenn PT mal weg ist, aber auch wenn sie wieder da ist	eine enge Bindung der PM zur PT  PM freut sich, wenn PT mal weg ist, aber auch wenn sie wieder da ist	enge Bindung der PM zur PT